

Kinder als Besucher auf der Erwachsenenintensivstation

Pflegerische Interventionen zur bedürfnis- und entwicklungsgerechten
Unterstützung der besuchenden Kinder:
Eine systematische Literaturübersicht

Bachelorarbeit

im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau FH

von

Sabrina Kon
Bachelor 2006-2009

Erstgutachter: Ewald Schorro

Hochschule für Gesundheit Freiburg
Studiengang Bachelor in Pflege

6. Juli 2009

Zusammenfassung

Die Betreuung von Kindern, welche Angehörige auf der Erwachsenenintensivstation besuchen, zeigt sich in der Praxis als beständige Problematik. Häufig gehen die Pflegenden diesen Situationen aus dem Weg, weil sie sich unsicher fühlen, so dass die Bedürfnisse der Kinder nicht berücksichtigt werden. Es besteht oft ein grosser Mangel an Fachwissen über die altersgerechte Kommunikation sowie die Entwicklung der Kinder, weshalb letztere nicht optimal begleitet werden können. Zudem fehlen in vielen Fällen Richtlinien, welche den Pflegenden erlauben würden, ein einheitliches Vorgehen einzuhalten wie auch eine gemeinsame Haltung zu vertreten. Das Setting ist weder kinderfreundlich eingerichtet, noch sind Spielzeuge vorhanden, was für die kleinen Besucher nicht gerade einladend wirkt. Solche und weitere ähnliche Aspekte wurden in der vorliegenden systematischen Literaturübersicht aufgegriffen, um pflegerische Interventionen zur bedürfnis- und entwicklungsgerechten Unterstützung von Kindern, welche Angehörige auf der Erwachsenenintensivstation besuchen, aufzuzeigen. Dazu wurden zehn Studien ausgewählt, die bestimmte Beurteilungskriterien erfüllten und ein mehr oder weniger hohes Evidenzlevel aufweisen. Die in diesen Studien geschilderten Ergebnisse zeigen, dass die Interventionen eine positive Auswirkung haben oder zumindest ohne Konsequenzen für die Kinder sind, wenn sie adäquat betreut werden.

Résumé

La prise en charge des enfants qui viennent visiter leurs proches dans une unité de soins intensifs est considérée comme une problématique continue dans la pratique soignante. Les soignants esquivent souvent ces situations et ils se sentent peu sûr dans les interventions auprès des visites. C'est pourquoi les besoins des enfants ne sont pas assez pris en compte. Dans la plupart des cas, il y a un manque de connaissance professionnelle sur le développement et la communication adaptée à l'âge de l'enfant pour assurer un accompagnement optimal. Comme dans beaucoup d'unités il n'y a pas de directives sur l'approche et l'attitude des soignants, il manque d'unité face à cette problématique. Les locaux ne sont pas adaptés pour les enfants et il n'y a pas de jouets pour qu'ils puissent se sentir accueilli par quelque chose. Cela comme d'autres aspects similaires sont appréhendés dans cette revue de littérature pour démontrer des interventions de soins pour un soutien adapté aux besoins et au développement des enfants qui visitent un proche au service des soins intensifs. L'auteur a choisi dix études scientifiques qui remplissent les critères d'appréciation et présentent des recherches de différents niveaux d'évidence. Les résultats des études démontrent que les interventions ont un effet positif ou au contraire pas de conséquences pour l'enfant s'il reçoit une prise en charge adéquate.

Inhaltsverzeichnis

1) Einleitung.....	5
1.1) Problembeschreibung	5
1.2) Fragestellung.....	8
1.3) Ziele und Absichten	8
2) Theoretischer Rahmen	9
2.1) Begriffserklärungen	9
2.1.1) Intensivstation.....	9
2.1.2) Kind	9
2.1.3) Angehörige	9
2.1.4) Bedürfnis	10
2.1.5) Entwicklung	10
2.2) Die kognitiven Entwicklungsstadien nach Piaget.....	10
2.2.1) Sensomotorisches Stadium (0-2 Jahre)	11
2.2.2) Präoperationales Stadium (2-7 Jahre).....	11
2.2.3) Konkretoperationales Stadium (7-12 Jahre).....	12
2.2.4) Formaloperationales Stadium (ab 12 Jahren)	12
2.3) Die psychosozialen Entwicklungsstufen nach Erikson.....	13
2.3.1) Urvertrauen gegen Urmisstrauen (1. Lebensjahr)	13
2.3.2) Autonomie gegen Scham und Zweifel (2.-3. Lebensjahr).....	13
2.3.3) Initiative gegen Schuldgefühl (4.-5. Lebensjahr)	14
2.3.4) Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl (6. Lebensjahr bis Pubertät)	14
2.3.5) Identität gegen Identitätsdiffusion (Adoleszenz, 13.-20. Lebensjahr)	15
2.3.6) Intimität und Solidarität gegen Isolierung (junge Erwachsene, 20.-24. Lebensjahr).....	15
2.3.7) Generativität gegen Selbstabsorption (mittlere Erwachsene, 25.-65. Lebensjahr)	15
2.3.8) Integrität gegen Verzweiflung (ältere Erwachsene, > 65. Lebensjahr)	16
2.4) Beide Entwicklungstheorien in Bezug zur Thematik	16
3) Methodologie.....	18
3.1) Methodenwahl	18
3.2) Literaturrecherche	18
3.2.1) Suchbegriffe und Limiten	19
3.3) Analyse der Literatur	20
3.3.1) Kritische Beurteilung der Studien	20
3.3.2) Analyse der Ergebnisse.....	22
4) Ergebnisse.....	23
4.1) Informationsgabe und emotionale Unterstützung	23
4.2) Besucherrichtlinien und -regelungen.....	24
4.3) Interdisziplinäre Zusammenarbeit	25
4.4) Situationseinschätzung und Entscheidungsfindung.....	26
4.5) Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten.....	26
4.6) Professionelle Haltung	27
4.7) Informationen und Bildungsangebote für Pflegende.....	28

5) Diskussion.....	29
5.1) Informationsgabe und emotionale Unterstützung	29
5.2) Besucherrichtlinien und -regelungen.....	31
5.3) Interdisziplinäre Zusammenarbeit	31
5.4) Situationseinschätzung und Entscheidungsfindung.....	32
5.5) Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten.....	34
5.6) Professionelle Haltung	34
5.7) Informationen und Bildungsangebote für Pflegende.....	35
5.8) Kritische Würdigung der Arbeit	36
5.9) Lernprozess zur Thematik.....	37
5.10) Lernprozess zum Forschungsprozess und zum methodologischen Vorgehen.....	38
6) Schlussfolgerungen	39
6.1) Beantwortung der Fragestellung	39
6.2) Empfehlungen für die Praxis.....	40
6.3) Forschungsbedarf.....	41
7) Danksagung	42
8) Literaturverzeichnis.....	43
Anhang A: Übersicht der Entwicklungsstadien nach Piaget	47
Anhang B: Diagramm der Stufentheorie nach Erikson.....	48
Anhang C: Familienzentrierte Pflege	49
Anhang D: Betreuungsprozess der besuchenden Kinder	50
Anhang E: Tabelle der gefundenen Studien	51
Anhang F: Beurteilungsbogen für systematische Reviews	52
Anhang G: Beurteilungsbogen für qualitative Studien.....	53
Anhang H: Beurteilungsbogen für Interventionsstudien.....	54
Anhang I: Beurteilungsbogen für quantitative Forschungen	55
Anhang J: Stufen der Evidenz.....	59
Anhang K: Überblick der ausgewählten Studien.....	60
Anhang L: Zusammenfassungen der Studien	61
Anhang M: Selbständigkeitserklärung	75

1) Einleitung

In diesem ersten Kapitel der Arbeit wird im Folgenden die bestehende Problematik dargelegt, woraus sich die dazugehörige Fragestellung herauskristallisiert. Anschliessend werden die Ziele und Absichten aufgezeigt, welche die Einleitung abrunden.

1.1) Problembeschreibung

Erfordert der kritische Gesundheitszustand einer kranken Person engmaschige Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen, bietet die Intensivstation (IPS) die idealen Bedingungen (Mensdorf, 2001). Hier stehen den Pflegenden hochtechnische Apparate zur Verfügung, mittels welchen die fortlaufenden Vitalparameterkontrollen gewährleistet sowie lebenswichtige Funktionen erhalten werden können. Die Aufgabe der Pflegefachpersonen besteht nun darin, durch ihr fundiertes Wissen diese Hightechapparaturen anzuwenden, um die Versorgung und Stabilisierung des akut kranken Menschen sicherzustellen. Da die Einschätzung des Gesundheitszustandes der Patienten¹ wie auch die Organisation und Leitung der Pflege täglich eine grosse Herausforderung für die Pflegenden darstellt, fokussiert sich ihre Arbeit hauptsächlich auf die Pflegeverrichtungen am Patienten, wobei oft wenig Zeit für die Angehörigenbetreuung bleibt (Gehring, Kean, Hackmann & Büscher, 2001).

Liegt ein lebensbedrohlich kranker Mensch auf der IPS, herrscht für alle Beteiligten eine Ausnahmesituation, so dass die familienzentrierte Pflege (Anhang C) an Bedeutung gewinnt. Die Einlieferung einer vertrauten Person kann nämlich bei ihren Angehörigen erheblichen Stress hervorrufen, welcher vielfältige Veränderungen ihrer Alltagsroutine bewirkt (Gehring et al., 2001). Zudem erfahren die betroffenen Kinder einen Einschnitt in ihre bestehende Entwicklungsphase, wobei je nach Alter unterschiedliche sich im Prozess befindenden Fähigkeitsbereiche getroffen werden können. Aufgrund der ausreichenden Sprach- und Ausdrucksfähigkeiten werden in der vorliegenden Literaturübersicht erst Kinder ab vier Jahren miteinbezogen (Largo, 2009), währenddem über zwölfjährige ausgeschlossen sind, weil diese schon als Jugendliche gelten (Wörterbuch Babylon, 2009). Der jeweilige Entwicklungsverlauf der Kinder dieser Altersgruppe hängt davon ab, wie sie in dieser Übergangszeit von ihrem Umfeld unterstützt werden und welche eigenen Ressourcen sie mobilisieren können. Da die Entwicklung sowohl auf kognitiver (Piaget & Inhelder, 2004) als auch auf psychosozialer Ebene beeinflusst werden kann (Erikson, 2008), ist ein bestimmtes entwicklungspsychologisches Fachwissen notwendig, um die

¹ Unabhängig davon, ob die weibliche oder männliche Schreibform verwendet wird, sind bei allen Begriffen jeweils beide Geschlechter angesprochen.

Bedürfnisse der Kinder in einer solchen Situation erfassen zu können. Während dieser schwierigen Phase ist es ausserdem von grosser Wichtigkeit, dem Kind die nötigen Informationen über die Hospitalisation der angehörigen Person zu geben, weil insbesondere vier- bis fünfjährige Kinder eine enorme Kapazität zur Fantasieentwicklung besitzen (Erikson, 2008). Wird ihnen nicht erklärt, warum der Angehörige auf der IPS liegt, und wie es dort genau aussieht, stellen sie sich die Situation häufig schlimmer vor, als sie wirklich ist (Gehring et al., 2001). Die dadurch entstandenen Ängste der Kinder können oft schon gelindert werden, indem sie die schwerkranke Person sehen, was ihnen versichert, dass sie noch am Leben und nicht plötzlich verstorben ist (Johnson, 1994).

Trotzdem werden Kinder aus verschiedenen Gründen nicht immer zum Krankenhausbesuch mitgenommen. Die Familienmitglieder haben häufig Zweifel und das Gefühl, der Anblick des kritisch kranken Menschen, der möglicherweise durch Schläuche mit verschiedenen Apparaten verbunden ist, sei für die Kinder zu schockierend (Vint, 2005). Nach von Arx (2008), einer Schweizer Berufsschullehrerin für die Weiterbildung Intensivpflege, äussern auch viele Pflegende derartige Bedenken, weshalb sie solchen Situationen häufig aus dem Weg gehen. Die von ihnen gefürchteten potentiellen Konsequenzen, welche ein Kinderbesuch mit sich bringen kann, beinhalten negative körperliche Auswirkungen auf den Patienten, die Beeinträchtigung oder Unterbrechung der Pflege, ungünstige psychologische Einflüsse auf das Kind, ein erhöhtes Infektionsrisiko auf beiden Seiten und Zwischenfälle durch unbeaufsichtigte Kinder (Johnson, 1994). Obwohl diese Aspekte meistens eher Ängste als gegenwärtige Probleme darstellen und noch nicht wissenschaftlich belegt wurden, sind heute nicht auf jeder IPS Kinder als Besucher zugelassen.

Es existieren ganz verschiedene Besucherregelungen, aus denen sich drei Modelle herauskristallisieren lassen, welche im Folgenden beschrieben werden (Metzing & Osarek, 2000). Das Restriktionsmodell hält eine zeitliche Begrenzung für Erwachsene und eine Ausschlussung von Kindern mit Berücksichtigung einer bestimmten Altersgrenze fest (Metzing & Osarek, 2000). Häufig sind Kinder erst ab vierzehn Jahren zugelassen, um sie vor möglichen Infektionen und einem psychischen Trauma zu bewahren (Plowright, 1996). Ausserdem soll der Patient physiologisch und psychologisch geschützt werden, wobei bisher in Studien keine negativen Auswirkungen des Besuches auf Patienten nachgewiesen werden konnten (Metzing & Osarek, 2000). Beim Vertragsmodell handelt es sich hingegen um eine Form, welche die Bedürfnisse aller Beteiligten berücksichtigt (Metzing & Osarek, 2000). Pflegende, Angehörige und der Patient selbst besprechen zusammen, wie der Besuch vonstatten gehen soll. Das offene Besuchsmodell stellt die dritte Regelungsmöglichkeit dar. Dabei liegt die Entscheidung primär

beim Patienten und dessen Angehörigen (Metzing & Osarek, 2000). Es kann allerdings zu einer Restriktion führen, wenn Platzmangel besteht, so dass die Anzahl der Besucher eingeschränkt werden muss, die Kinder jedoch nicht ausgeschlossen sind.

Welches Modell auf den Schweizer IPS am häufigsten vorkommt, beziehungsweise ob Kinder überhaupt zugelassen sind, und wenn ja, ab welchem Alter, wurde im März 2008 durch eine Datenerhebung von Andreas Franke, einem Aarauer Intensivpfleger, erfasst (Franke, 2008). Die Resultate seiner Umfrage zeigen auf, dass knapp drei Viertel der befragten Spitäler, welche von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannt sind, Kinderbesuche auf ihrer IPS zulassen. Bei einem Drittel sind keine spezifischen Einschränkungen festgelegt, währenddem der gleiche Prozentsatz gewisse Alterseinschränkungen einhält. Dennoch geben mehr als 40 Prozent an, nach Rücksprache mit dem Pflegepersonal auch von der Regel abzuweichen, was heisst, ebenso jüngeren Kindern einen Besuch zu gewähren. Im Gegenzug erlaubt sich fast ein Drittel der IPS zusätzliche Restriktionen zu erlassen. Diese werden vor allem auf Stationen mit tiefen Alterseinschränkungen vorgenommen. Andere häufig genannten Gründe, ein Kind nicht zu seinem kranken Angehörigen zu lassen, sind Isolationsmassnahmen bei MRSA oder Noroviren, der Schweregrad der Erkrankung oder die Platzierung des Patienten in einem Mehrbettzimmer.

Was aus dieser Befragung hervorgeht und auch in weiteren Studien aufgezeigt wird, ist die Tatsache, dass die Bedürfnisse der Kinder häufig weder erfragt noch in die Entscheidung miteinbezogen werden (Vint, 2005). Oft sind die Erwachsenen so sehr mit ihren eigenen Anliegen und Emotionen beschäftigt, dass die der Kinder untergehen und unberücksichtigt bleiben. Der am häufigsten von Familienmitgliedern und Pflegenden genannte Grund ist aber, ein Besuch würde sich für die Kinder, wie schon zuvor erwähnt, zu erschütternd und schlimm anfühlen (Vint, 2005). Eine aktuelle Studie, in der die Kinder selbst über den Besuch befragt wurden, widerlegt jedoch diese Ansicht. Die meisten jungen Besucher äusserten nämlich, es hätte sich gut angefühlt (Knutsson, Pramling Samuelsson, Hellström & Bergbom, 2008). Der Besuch schien nicht zu beängstigend gewesen zu sein, stattdessen hätte er Gefühle von Erleichterung und Entlastung gebracht, hiess es in einer weiteren Studie (Clarke, 2000). Ausserdem waren nach Vint (2005) in 85 Prozent der Spitäler keine Richtlinien zu Kinderbesuchen und in 74 Prozent keine Spielecke vorhanden, was auch Knutsson und Bergbom (2007a) sowie Knutsson et al. (2008) mit ähnlichen Resultaten ihrer Forschungen bestätigen. Die Bedürfnisse der Kinder werden demzufolge in vielen Fällen nicht berücksichtigt, weil sowohl die Pflegenden wie auch die Familienmitglieder für sie entscheiden, und oft keine schriftlichen Regelungen vorliegen. Die Voraussetzung für die Festlegung solcher Dokumente ist, dass der potentielle Nutzen sowie die Problemreduzierung

erkannt und die Pflegenden in die Vorbereitungen von Kindern, welche Angehörige auf der IPS besuchen, involviert werden. Nur auf diese Weise ist es den Stationsleitern, Erziehern, Klinikspezialisten und Pflegedienstleitern möglich, ein gewinnbringendes Interventionsprogramm zu Kinderbesuchen zu erstellen, um die Vorgehensweise einheitlich zu gestalten (Johnson, 1994). Denn bis heute werden die Kinder, wenn sie überhaupt zum Besuch zugelassen sind, von jeder Pflegefachperson so betreut, wie sie es für richtig hält. Demzufolge können die entwicklungsspezifischen Bedürfnisse der Kinder nicht genügend berücksichtigt werden, weil in den meisten Fällen auch das entsprechende Fachwissen fehlt. Die Pflegenden müssen deshalb motiviert werden, ihre eigenen Fähigkeiten auszubauen und forschungsbasierte Pflege anzuwenden (Pierce, 1998).

1.2) Fragestellung

Aus der Problembeschreibung ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche pflegerischen Interventionen dienen der bedürfnis- und entwicklungsgerechten Unterstützung von Kindern, die Angehörige auf der Erwachsenenintensivstation besuchen?

1.3) Ziele und Absichten

Primär ist das Ziel dieser Arbeit, mittels systematischer Literaturübersicht, adäquate pflegerische Massnahmen aufzuzeigen, welche auf die Bedürfnisse und die Entwicklung der Kinder abgestimmt sind, die erwachsene Angehörige auf der Intensivstation besuchen. Da, wie in der Problembeschreibung dargelegt, die Besuche je nach Krankenhaus sehr unterschiedlich organisiert und die Pflegenden zum Teil sehr unsicher wie auch kritisch gegenüber der Thematik sind, ist klar ersichtlich, dass noch grosser Forschungsbedarf vorhanden ist. Deshalb sollen die herausgefundenen Resultate einerseits eine Diskussionsanregung bei den Pflegenden auslösen und ihnen mehr Sicherheit in der bedürfnis- und entwicklungsangepassten Betreuung der kleinen Besucher geben. Andererseits soll die Review die Bereiche aufzeigen, welche noch wissenschaftlich erforscht werden müssen, damit in naher Zukunft die optimalsten Besucherbedingungen für Kinder evidenzbasiert aufgezeigt und anschliessend Schritt für Schritt in der Praxis umgesetzt werden können.

2) Theoretischer Rahmen

Damit die Betreuung der Kinder, deren Angehörigen auf der Erwachsenen-IPS liegen, ihren Bedürfnissen entsprechend vorgenommen werden kann, ist ein entwicklungspsychologisches Fachwissen unausweichlich. Daher werden in diesem Kapitel einerseits die kognitiven Entwicklungsstadien nach Piaget und andererseits die psychosoziale Stufentheorie nach Erikson beschrieben. Bevor näher auf diese zwei entwicklungstheoretischen Ansätze eingegangen wird, sind einige Begriffserklärungen notwendig, um ihre Wortbedeutung zu definieren.

2.1) Begriffserklärungen

Die Definitionen der in der Fragestellung vorhandenen Begriffe werden im Folgenden dargelegt, um Missverständnisse zu beseitigen.

2.1.1) Intensivstation

Als Intensivstation wird die hochspezialisierte und -technisierte Abteilung eines Krankenhauses bezeichnet, auf welcher bestmögliche diagnostische, therapeutische und pflegerische Massnahmen zur Behandlung von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen ausgeführt werden. Die Intensivmedizin und -pflege konzentriert sich auf das Aufrechterhalten der lebenswichtigen Funktionen wie Atmung, Kreislauf, Temperaturregulation und Stoffwechsel (Meyers Lexikonverlag, 2007d).

2.1.2) Kind

Als Kind wird der Mensch in der ersten Alters- und Entwicklungsphase verstanden (Meyers Lexikonverlag, 2007e), wobei im Allgemeinen zwischen Neugeborenem (bis zum 10. Lebensstag), Säugling (1. Lebensjahr), Kleinkind (2. und 3. Lebensjahr), Kindergartenkind (4. bis 6. Lebensjahr) und Schulkind (7. bis 14. Lebensjahr) unterschieden wird (Schwachulla, 2007).

2.1.3) Angehörige

Angehörige stellen der zu einer Familie gehörende Personenkreis dar (Meyers Lexikonverlag, 2007a). Nach Moesmand und Kjollesdal (2002) ist ein naher Angehöriger jemand, dem der Patient diesen Status zuerkennt oder zuerkennen würde, wenn er die Möglichkeit dazu hätte. Angehörige und Patient sind Menschen, die einander gefühlsmässig nahe stehen und eine Beziehung gegenseitiger Abhängigkeit und Gemeinsamkeit pflegen.

2.1.4) Bedürfnis

Als Bedürfnis werden das Gefühl eines Mangels und der Wunsch, diesem abzuhelpfen, definiert. Die Art der Bedürfnisse kann durch Instinkt, Tradition, Bildung, soziale Stellung oder auch durch Bedürfnislenkung wie Werbung geprägt sein (Meyers Lexikonverlag, 2007b).

2.1.5) Entwicklung

Es wird zwischen der biologischen, der kognitiven und der psychosozialen Entwicklung unterschieden.

- Die biologische Entwicklung wird als Prozess des Wachstums und der Reifung von Lebewesen beschrieben (Meyers Lexikonverlag, 2007c).
- Die kognitive Entwicklung beinhaltet die Entfaltung aller Funktionen, die zum Erkennen und Erfassen der Menschen und Gegenstände, der Umgebung sowie der eigenen Person notwendig sind. Dabei geht es in erster Linie um die Erlangung von Intelligenz, die Zunahme fortgeschrittenen und bewussten Denkens, wie auch um die Aneignung der Problemlösefähigkeit (Anderson, Elliott, Keith & Novak, 2007).
- Die psychosoziale Entwicklung setzt sich aus der Persönlichkeitsentwicklung sowie dem Erwerb von sozialen Verhaltensweisen und Fähigkeiten zusammen (Anderson et al., 2007).

2.2) Die kognitiven Entwicklungsstadien nach Piaget

Die kognitive Entwicklung wird anhand der vier aufeinander folgenden Entwicklungsstadien nach Piaget aufgezeigt. Das sensomotorische Stadium betrifft Kinder bis zwei Jahre, woran sich das präoperationale Stadium anschließt, welches bis zum siebten Lebensjahr anhält. Die dritte Phase stellt das konkretoperationale Stadium dar und schließt Kinder bis zu zwölf Jahren mit ein. Danach folgt das formaloperationale Stadium, das die Theorie abrundet. Im Anhang A befindet sich ein hilfreiches Schema zum besseren Verständnis der vier Stadien. Diese sind universell sowie durch qualitative und quantitative Unterschiede voneinander abgrenzbar (Piaget & Inhelder, 2004).

Anhand der Prozesse Assimilation¹ und Akkomodation² wird eine bessere Anpassung des Menschen an die durch die Umwelt bedingten Gegebenheiten angestrebt, was als Äquilibration bezeichnet wird. Reifung, Erfahrung und Erziehung wirken dabei anregend und führen zum Ablauf der verschiedenen kognitiven Stadien, die im Folgenden beschrieben werden (Piaget & Inhelder, 2004).

¹ Assimilation ist „die Anpassung des Wirklichen an das Ich“ (Piaget & Inhelder, 2004, S. 66).

² Akkomodation ist „die Anpassung an das Wirkliche“ bzw. an die Umwelt (Piaget & Inhelder, 2004, S. 66).

2.2.1) Sensomotorisches Stadium (0-2 Jahre)

Im ersten Monat¹ seines Lebens nimmt das Kind ausser sich nichts wahr (Piaget & Inhelder, 2004). Durch die vorhandenen einfachen Reflexe, wie Saugen oder das Schliessen der Hand bei Berührung, führt es willkürliche Aktionen durch, die bis zum vierten Monat nach und nach miteinander kombiniert werden. Im Verlauf der nächsten vier Monate fängt der Säugling an, auf äussere Reize zu reagieren, wobei das Sehen noch nicht mit dem Greifen koordiniert werden kann. Ungefähr bis zum Erreichen des ersten Lebensjahres erwirbt er ein zielgerichtetes Verhalten, das sich beispielsweise durch das zur Seite schieben eines Hindernisses, um ein Spielzeug zu packen, zeigt. Er beginnt nun auch symbolisch zu denken, das heisst ein Auto mit einer Schachtel gleichzusetzen. Ebenfalls in dieser Zeit fängt das Kind an zu fremdeln. Es kann also nun unterscheiden, welche Personen ihm vertraut und welche fremd sind. Zwischen dem zwölften und sechzehnten Monat entwickelt sich dann ein konkret auf etwas abzielendes Handeln, bei dem auch Hilfsmittel angewandt werden. „Das Kind holt das Ziel zu sich heran, indem es an der Schnur zieht, mit der jenes verbunden ist“ (Inhelder & Piaget, 2004, S. 22).

2.2.2) Präoperationales Stadium (2-7 Jahre)

In diesem Stadium werden sensomotorische Aktivitäten immer mehr durch geistige ersetzt. Das Kind agiert in Gedanken, drückt sich sprachlich aus und stellt sich Bilder vor. Es ist nun fähig etwas nachzuahmen, was schon passiert ist, indem es sich das Geschehene gedanklich vor Augen führt. Durch die sich entwickelnde Sprache ist auch „die verbale Erwähnung von nicht-aktuellen Ereignissen“ (Piaget & Inhelder, 2004, S. 63) möglich. Jedoch ist es noch nicht in der Lage, sich in andere Menschen hineinzuversetzen. Besser beherrscht es das Fiktionsspiel, indem es beispielsweise so tut, als ob es schlief oder beim Hochheben einer Muschel auf eine Schachtel „miau“ sagt, weil es gerade eine Katze auf der Mauer gesehen hat. Zudem glaubt das Kind, Dinge seien wie es selbst, lebendig, bewusst und voller Absichten. Daraus ist zu schliessen, dass sein Denken noch nicht logisch ist, wie das folgende Beispiel zeigt: „Tief betroffen durch den Anblick einer gerupften Ente auf dem Küchentisch, legt sich das Kind am Abend auf sein Bett, so dass man es für krank hält und mit Fragen bestürmt, auf die es zunächst keine Antwort gibt; dann mit tonloser Stimme: »Ich bin die tote Ente!«“ (Piaget & Inhelder, 2004, S. 68). Diese egozentrische Symbolik zeigt demnach nicht nur die verschiedenen bewussten Interessen des Kindes, sondern auch unbewusste Konflikte, wie die Verteidigung gegen die Angst, die Identifikation mit Aggressoren oder den Rückzug aus Angst vor der Gefahr auf. Da die

¹ Es sei hier ein für alle Mal festgelegt, dass die Altersangaben in diesem Kapitel immer nur ein durchschnittliches und ungefähres Alter meinen.

eigenen Bedürfnisse für das Kind in dieser Phase immer noch im Mittelpunkt stehen, betrachtet es alles für sich reale auch als existent. (Piaget & Inhelder, 2004).

2.2.3) Konkretoperationales Stadium (7-12 Jahre)

Das Kind geht nun zur Schule. Da lernt es nicht nur mit Zahlen zu jonglieren, sondern auch Ober- und Unterbegriffe zu unterscheiden. Es realisiert Umkehrbarkeiten und ist fähig, mehrere Merkmale gleichzeitig zu berücksichtigen. Sein Denken ist an tatsächliche Gegebenheiten gebunden, weshalb es Schlüsse zieht, Lösungen innerlich vorwegnimmt sowie zunehmend den Gesetzen der Logik folgt. Das Schulkind beginnt wahrzunehmen, dass gewisse Eigenschaften eines Objekts konstant bleiben, auch wenn sein Aussehen verändert wird. Es kann also die gleich bleibende Wassermenge, die von einem tiefen in ein hohes Glas gelöst wird, auch als solche erfassen. „Mit 7 oder 8 Jahren wird das Kind sagen: »(...) Man hat weder etwas weggenommen, noch etwas hinzugefügt«, »Man kann zurückgiessen, wie es vorher war« oder auch »Das Glas ist höher, aber dünner, also kommt es auf dasselbe heraus« (...)“ (Piaget & Inhelder, 2004, S. 102). Ausserdem wird es fähig, Klassifizierungen, Aneinanderreihungen und Zuordnungen von einem zum anderen sowie von einem zu vielen vorzunehmen. Es kann demzufolge Menschen oder Gegenstände in einer Reihenfolge entsprechend ihrem Aussehen, ihrer Grösse oder einem anderen Merkmal anordnen oder einer Gruppe zuteilen (Piaget & Inhelder, 2004).

2.2.4) Formaloperationales Stadium (ab 12 Jahren)

Dieses letzte Stadium ist gekennzeichnet durch den Erwerb abstrakten Denkens (Piaget & Inhelder, 2004). Das Kind kann Hypothesen bilden, weil es nun fähig ist, über bloss mögliche Wahrheiten nachzudenken, aus welchen es anschliessend die nötigen Folgerungen zieht, indem es erstere systematisch überprüft. Zudem werden Einflussfaktoren bzw. Gegenstände wie auch Aussagen oder Gegebenheiten variiert und miteinander kombiniert, so dass die gegebene Wirklichkeit nicht nur in einem begrenzten Rahmen, sondern mit einer flexiblen Denkweise betrachtet wird. „Diese Kombinatorik ist von erstrangiger Bedeutung für die Ausweitung und Verstärkung der Denkfähigkeiten (...)“ (Piaget & Inhelder, 2004, S. 133) und der wesentliche Unterschied zwischen dem formalen Denken und den konkreten Operationen (Piaget & Inhelder, 2004).

2.3) Die psychosozialen Entwicklungsstufen nach Erikson

Damit die Entwicklung des Kindes auch aus psychosozialer Sicht aufgezeigt werden kann, werden im Folgenden die Entwicklungsstufen nach Erikson dargelegt, wozu ein Diagramm im Anhang B zu finden ist. Die Grundlage dieser Stufentheorie basiert auf der psychosexuell dynamischen, von Freud beschriebenen Phasentheorie. Erikson kreierte aus den fünf Phasen von Freud acht Stufen, welche er mit einer psychosozialen Dynamik ergänzte. Dies bedeutet, dass die Biografie eines Menschen nicht nur von innen gesteuert ist, sondern auch von äusseren Faktoren beeinflusst wird. Auf jeder der verschiedenen Stufen sind bestimmte Krisen zu bewältigen. Die Art der Bewältigung ist von Bedeutung für den Aufstieg in die weitere Entwicklungsstufe sowie deren Verlauf. Um also eine Krise zu meistern, sollte ein Gleichgewicht zwischen den zwei extremen Tendenzen hergestellt werden, die folgend anhand der acht Stufen erklärt werden (Erikson, 2008).

2.3.1) Urvertrauen gegen Urmisstrauen (1. Lebensjahr)

Das Kind ist in dieser Lebensphase geprägt durch das Trauma der Geburt. Es wird schockartig aus der gewohnten Umgebung bzw. dem Mutterleib gerissen (Erikson, 2008). Die Hauptaufgabe besteht nun darin, ein Urvertrauen zu entwickeln. Dieses wächst jedes Mal, wenn das Kind merkt, dass seine eigenen Bedürfnisse mit der Umwelt übereinstimmen. Das Kind hat beispielsweise Hunger und weint. Die Mutter kommt und füttert es. Das Vertrauen des Kindes zu sich selbst wächst, denn es hat sein eignes Gefühl richtig gedeutet und die Mutter hat es richtig verstanden. Wird dieses Urvertrauen markant verletzt, so kann dies eine Entfremdung, einen Rückzug und anhaltende Trauerzustände bis hin zur Depression bewirken. Kleinere Enttäuschungen sind zwar normal und auch gut, um das Urmisstrauen zu entwickeln, wobei laut Erikson (2008) in dieser Phase die positiven Erfahrungen überwiegen sollten, da das Urvertrauen die Grundlage ist, worauf sich das spätere Leben stützt. Mit Vertrauen meint er nämlich „das, was man im Allgemeinen als ein Gefühl des Sich-Verlassen-Dürfens kennt, und zwar in Bezug auf die Glaubwürdigkeit anderer wie die Zuverlässigkeit seiner selbst“ (Erikson, 2008, S. 62).

2.3.2) Autonomie gegen Scham und Zweifel (2.-3. Lebensjahr)

Auf dieser zweiten Stufe soll das Kind an Autonomie gewinnen, ohne sich dem Scham und Zweifel aussetzen zu müssen. Dies erfolgt einerseits dadurch, dass in dieser Phase seine Muskeln heranreifen und es somit gehen beziehungsweise weggehen kann. Andererseits fängt es an zu sprechen und ist fähig, die Ausscheidung zu kontrollieren. Das Kind kennt jedoch seine Grenzen nicht, die ihm daher von den Eltern gesetzt werden müssen. Ist dies nicht gewährleistet,

so kann es unerwartet in eine Situation geraten, in der es abrupt dem Schamgefühl ausgesetzt wird, wobei Zweifel gegen sich und seine Bezugspersonen aufkommen können. Denn Loslassen bedeutet auch Selbständigkeit zu erwerben und eine Reduzierung des Schutzes zu überwinden. Ein nicht hergestelltes Gleichgewicht der zwei Pole in dieser Krise kann später zu Rechthaberei, Gewinnsucht, Unsicherheit oder einem Wahn nach Sicherheit führen (Erikson, 2008).

2.3.3) Initiative gegen Schuldgefühl (4.-5. Lebensjahr)

In diesen Lebensjahren merkt das Kind, dass es nicht gleich ist wie alle anderen Menschen, sondern Unterschiede zu seinem Ich bestehen (Erikson, 2008). Das Kind will nun herausfinden, was es für ein Mensch werden will und versucht sich spielerisch in bekannten Rollen wie die, des Vaters, der Mutter, des Polizisten oder der Lehrerin. Die Lösung des Konflikts besteht also in der Identifikation seiner eigenen Persönlichkeit, die um die Überzeugung „Ich bin, was ich mir zu werden vorstellen kann“ (Erikson, 2008, S.98) kristallisiert. Seine Fantasiegabe ist darum in dieser Phase ausgeprägt. Typisch für dieses Stadium sind zudem sein Forschungsdrang, seine Neugier, das Erkunden von Räumen und das Stellen von Fragen. Auf die eindringende Initiative folgt jedoch schnell die Schuldangst. Eine lückenhafte Konfliktverarbeitung äussert sich später in einer übertriebenen Initiative, Übergewissenhaftigkeit oder Schuldkomplexen (Erikson, 2008).

2.3.4) Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl (6. Lebensjahr bis Pubertät)

In dieser Phase wird das Kind offener für die Welt und in ihm wächst das Bedürfnis, produktiv zu sein, was Erikson (2008) als Werksinn bezeichnet. „Jetzt will das Kind, dass man ihm zeigt, wie es sich mit etwas beschäftigen und wie es mit anderen zusammen tätig sein kann“ (Erikson, 2008, S. 98). Es wird lernbegierig für schulische Lerngegenstände und ist fleissig, damit es gute Resultate erzielen kann, wofür es Anerkennung erntet. So fühlt es sich in seinem Tun bestätigt, weswegen es noch mehr Lust an Wissen, Zielstrebigkeit, Genauigkeit, Perfektion und Ausdauer entwickelt. Jedoch stehen Erfolg und Misserfolg oft nahe beieinander, so dass ein schlechtes Ergebnis sein Selbstvertrauen schwächen und sein Minderwertigkeitsgefühl hervorheben kann. Dabei besteht die Gefahr eines übertriebenen Fleisseeffekts, der in dieser Krise zu Arbeitsbesessenheit oder Versagensangst führen kann. Erikson (2008) bezeichnet diese Stufe als höchst entscheidend für soziale Beziehungen, da der Drang etwas zu leisten, das Tun mit und neben anderen beinhaltet und sich so ein Gefühl für Arbeitsteilung und gerechte Chancen entwickelt.

2.3.5) Identität gegen Identitätsdiffusion (Adoleszenz, 13.-20. Lebensjahr)

Der Jugendliche soll in dieser Phase seine neue Identität finden, welche mit den vorhergehenden Elementen des Vertrauens, der Autonomie, der Initiative und des Fleisses verknüpft werden muss. Eine stabile Ich-Identität kann sich nämlich nur dann ausbilden, wenn die Krisen der früheren Stufen konstruktiv gelöst wurden. Weitere körperliche Veränderungen und neuartige Ansprüche an die Umwelt wirken sich erschwerend auf den jungen Menschen aus, weshalb er sich mehrmals selbst in Frage stellt. Er setzt sich vor allem mit seiner sozialen Rolle in der Gesellschaft auseinander, indem er sich für eine Berufsrichtung entscheidet oder in einer Jugendgruppe mitwirkt. Das Bedürfnis nach Bestätigung von aussen bzw. von Gleichaltrigen spielt dabei eine wichtige Rolle. Wird die Identitätsfindung in dieser Phase nicht abgeschlossen, kann dies später zu einer „ewigen Pubertät“, Ruhelosigkeit und voreiliger Begeisterungsfähigkeit für grosse und abrupte Veränderungen führen (Erikson, 2008).

2.3.6) Intimität und Solidarität gegen Isolierung (junge Erwachsene, 20.-24. Lebensjahr)

Die sechste Stufe beinhaltet den Lebensabschnitt, in welchem tragfähige Partnerschaften eingegangen werden, wobei damit nicht nur Liebesbeziehungen, sondern auch Freundschaften gemeint sind. Da diese Beziehungen mit starker Intimität verbunden sind, muss die eigene Identität geklärt sein, um eine Verschmelzung dieser mit jener des Partners zu verhindern. Das eigene Selbst im anderen zu finden und sich einen Moment in ihm zu verlieren, prägt die Suche eines Partners. Misslingt eine Beziehung oder Freundschaft, kann zum Schutz des eigenen Lebensbereichs eine Isolation stattfinden. Das bedeutet, dass weitere Bindungen eher sozial distanziert, kühl und berechnend verlaufen. Die Auflösung der Isolation kann aber jederzeit passieren, indem mit Menschen, sei es im Beruf oder in einem Verein, gearbeitet wird (Erikson, 2008).

2.3.7) Generativität gegen Selbstabsorption (mittlere Erwachsene, 25.-65. Lebensjahr)

Hat der Mensch eine solide Beziehung mit einer eigenen gefestigten Identität aufgebaut, so ist er bereit sich fortzupflanzen und seinen Kindern das erworbene Wissen weiterzugeben. Er hat zudem die Intimität erreicht und nun das Bedürfnis, anderen Fürsorge weiterzugeben. Erikson (2008) fasst dies mit dem Begriff Generativität zusammen, wobei durch Genitalität die Gene auf die nächste Generation übergehen. Beim Misslingen dieses Lebensziels reagiert der Mensch mit Selbstabsorption. Er empfindet dabei Stagnation, Langeweile und zwischenmenschliche Verarmung. Kann er seine Fürsorge anderen nicht weitergeben, beginnt er sich zu verwöhnen mit dem Ziel sich selbst zu verwirklichen (Erikson, 2008).

2.3.8) Integrität gegen Verzweiflung (ältere Erwachsene, > 65. Lebensjahr)

Auf dieser achten und letzten Stufe kann im günstigsten Fall die volle Reife erreicht werden. Der ältere Mensch kann auf seine Lebensgeschichte zurückblicken, das Geschehene akzeptieren und verstehen. Die Vereinigung aller erworbenen Teile führt zur Integrität. Verläuft diese nicht gut, entwickelt sich ein Gefühl der tiefen Verzweiflung, da das gescheiterte Leben nicht rückgängig gemacht werden kann. Ist sie jedoch gelungen, entwickelt sich eine Möglichkeit des letzten Loslassens, wobei die Identität über den Tod hinaus bestehen kann (Erikson, 2008).

2.4) Beide Entwicklungstheorien in Bezug zur Thematik

In diesem Unterkapitel werden beide zuvor beschriebenen Theorien mit der Thematik in Zusammenhang gebracht. Da es in der vorliegenden Arbeit um Kinder zwischen vier und zwölf Jahren geht, werden im Folgenden ausschliesslich die betreffenden Entwicklungsperioden geschildert.

Ein Kind, welches einen erwachsenen Angehörigen auf der Intensivstation besucht, befindet sich in einer Ausnahmesituation und muss deshalb adäquat betreut werden (Gehring et al., 2001). Dafür müssen die Pflegenden fähig sein, ihre Bedürfnisse zu erfassen. Damit sie diese erkennen können, brauchen sie ein gewisses Fachwissen bezüglich kognitiver und psychosozialer Entwicklung des Kindes. Denn je nach dem in welcher Phase es sich befindet, spielen andere Bedürfnisse eine grössere Rolle. Die unterstützenden Pflegeinterventionen müssen demnach dem Entwicklungsstadium des besuchenden Kindes angepasst werden. Ausserdem sollen sich die Pflegenden bewusst sein, dass die Kinder nicht nur mit dieser schwerwiegenden Situation, sondern viel mehr auch mit ihren Krisen selbst zu kämpfen haben (Erikson, 2008).

Wird dieser Aspekt nicht berücksichtigt, besteht die Gefahr, dass sie sich minderwertig fühlen, da ihre Lernbegierde wie auch ihre Neugier nicht anerkannt werden (Erikson, 2008). Ihr Selbstvertrauen nimmt ab, was einen übertriebenen Fleisseffekt auslösen kann. Dieser zeigt sich wiederum in Arbeitsbesessenheit und Versagensangst. Zudem können Schuldgefühle auftreten, wenn die Initiative der Kinder zu eindringend ist, so dass sie ihre bestehenden Fragen zu den vorgefallenen Ereignissen, der Erkrankung ihres Angehörigen und der IPS-Umgebung nicht stellen, so dass ihr Forschungs- und Erkundungsdrang nicht befriedigt wird. Sie glauben dann, an der Hospitalisation ihres Angehörigen oder an dessen Zustandsverschlechterung schuld zu sein und bilden sich die Situation schlimmer ein, als sie in Wirklichkeit ist. Denn das für sie reale, ist für sie auch existent (Piaget & Inhelder, 2004). Ihr Denken beruht demzufolge nicht auf Logik. Erst ungefähr ab dem zwölften Lebensjahr sind sie in der Lage, abstrakt zu denken und logische Schlussfolgerungen zu ziehen, die ihnen erlauben die Ursachen und Zusammenhänge der

komplexen Gegebenheiten zu verstehen. Sie können ebenso nachvollziehen, dass gewisse Eigenschaften bestehen bleiben, auch wenn sich das äusserliche Erscheinen verändert hat. Das heisst, dass sie zum Beispiel ihre schwer kranke Grossmutter auf der IPS an irgendeinem charakteristischen Merkmal erkennen, obwohl sie vielleicht mit unzähligen Schläuchen verbunden ist und ein eingefallenes Gesicht hat.

Die IPS-Pflegenden sind darum gefordert, diese entwicklungstheoretischen Aspekte zu berücksichtigen, weil eine optimale Betreuung nur gewährleistet werden kann, wenn die Bedürfnisse der Kinder in ihrem jeweiligen Entwicklungsstadium den Pflegenden bekannt sind und von ihnen bewusst in die Interventionen miteinbezogen werden.

3) Methodologie

In diesem Kapitel wird zuerst die Methodenwahl dargelegt und begründet. Anschliessend folgen die Schilderung der Literaturrecherche und die Analyse der Literatur, die nach dem Raster von Polit, Beck und Hungler vorgenommen wurden (Polit, Beck & Hungler, 2004).

3.1) Methodenwahl

Zu Beginn wurde in der Bibliothek und im Internet Fachliteratur zur Thematik gesucht, ausgeliehen oder bestellt und anschliessend bearbeitet sowie verschiedene Berufsleute kontaktiert, um einen aktuellen Situationsüberblick zu erhalten. Aus diesem leitete die Autorin die vorliegende Fragestellung ab, welche anhand der Erstellung dieser systematischen Literaturübersicht beantwortet wird. Diese Methode eignete sich deshalb, weil trotz der zeitlichen Beschränkung die Gelegenheit bestand, brauchbare Studien aus einer grossen Bandbreite zu finden. Auf diese Weise konnten Informationen zusammengetragen werden, welche anschliessend zur besseren Verarbeitung eine Reduzierung erfuhren (Anhang L). Neue Fragen und Hypothesen entstanden, die Lücken und Bereiche aufzeigten, in welchen zukünftig weitere Forschungen notwendig sind. Zu diesen wird im Kapitel „Schlussfolgerungen“ Stellung genommen. Ausserdem ist eine Literaturübersicht kostengünstiger als die Durchführung einer anderen Forschung, wobei genauso neue Pflegeinterventionen für die Praxis erkundet bzw. bestehende Vorgehensweisen bestätigt werden können (LoBiondo-Wood & Haber, 2005).

3.2) Literaturrecherche

Die ersten Studien für diese Review wurden im Mai 2008 erworben, um herauszufinden, ob zum vorliegenden Thema überhaupt Forschungsarbeiten vorhanden sind. Die Hauptsuche der wissenschaftlichen Artikel begann jedoch Mitte Januar 2009 und endete Anfang Mai desselben Jahres. Neben der elektronischen wurde auch die manuelle Suche in der Bibliothek vorgenommen, wobei nur eine Studie, die bereits mittels Datenbank gefunden wurde, von Relevanz war. Da die Studienanzahl nach der kritischen Beurteilung, welche nachfolgend erklärt wird, zu gering war, suchte die Autorin Ende Mai 2009 erneut nach geeigneten Forschungen und war dabei erfolgreich.

Alle Suchvorgänge erfolgten anhand der elektronischen Datenbanken Medline, Cinahl und Cocherane Library. Letztere enthielt keine themenrelevanten Publikationen, weshalb diese Datenbank ausgeschlossen wurde. Die bei Cinahl gefundenen Studien stellten gleichzeitig auch die Treffer bei Medline dar, weshalb in der vorliegenden Arbeit nur letztere aufgeführt sind, wozu

im Anhang E eine Übersichtstabelle zum exakten Vorgehen vorliegt. Diese besteht aus fünf Spalten. In der ersten sind die verschiedenen Kombinationen der Suchbegriffe enthalten, während in der zweiten die gesetzten Limiten beschrieben sind. Die dritte beinhaltet die Anzahl Treffer, die vierte die nach dem ersten Ausschlussverfahren bearbeitete und kritisch beurteilte Studienzahl und die fünfte die definitiv ausgewählten Artikel, welche im Anhang K detaillierter beschrieben sind. Mit welchen Begriffen die Forschungsarbeiten gesucht und welche Einschränkungen vorgenommen wurden, ist dem nächsten Abschnitt zu entnehmen.

3.2.1) Suchbegriffe und Limiten

Für die Literaturrecherche wurden in unterschiedlichen Kombinationen die Begriffe „adult intensive care unit“, „children“, „visiting“, „relatives“, „support, und „needs“, wie auch die Wortzusammenstellungen „children as visitors in adult intensive care unit“, „children visiting relatives“ oder „children as visitors in adult intensive care unit“ verwendet. Dazu ist im Anhang E der genaue Suchvorgang aufgezeigt.

Zuerst wurde die Suche ohne gesetzte Limiten durchgeführt. Aufgrund der hohen Trefferanzahl, welche viele irrelevante Studien enthielt, wurden jedoch gewisse Einschränkungen vorgenommen. Ursprünglich sollte nur Literatur der letzten zehn Jahre einbezogen werden. Da aber die Anzahl geeigneter Treffer zu gering war, erhöhte die Autorin den zeitlichen Rahmen um fünf Jahre. Später veröffentlichte Studien wurden ausgeschlossen, weil diese zu veraltet sind und nicht mehr in die moderne Pflege passen. Zudem wurden Artikel in den Sprachen Deutsch, Französisch, Englisch und Spanisch gesucht, womit die Chance themenrelevante Studien anzutreffen, erhöht war. Das Alter der einzubeziehenden Kinder wurde, wie bereits geschildert, auf vier bis zwölf Jahre festgelegt. Dies, da sich ein Kind normalerweise ab vier Jahren sprachlich ausdrücken kann (Largo, 2009) und so seine Empfindungen und Bedürfnisse erfragt werden können, Kinder über zwölf Jahre aber bereits Jugendliche sind (Wörterbuch Babylon, 2009). Zu bemerken ist auch, dass die Experimente von Piaget mit Kindern in dieser Altersgruppe durchgeführt wurden (Astington, 2000). Da zur ausgewählten Thematik nur wenige Studien vorhanden sind, wurde bei der Suche auf die Einschränkung der Designs verzichtet.

3.3) Analyse der Literatur

In diesem Unterkapitel werden die kritische Beurteilung der Studien sowie die Ergebnisanalyse festgehalten.

3.3.1) Kritische Beurteilung der Studien

Bei der Datenauswahl wurden zu einer ersten Aussortierung alle Titel und Abstracts der durch die verschiedenen Suchstrategien erzielten Treffer kritisch gelesen und beurteilt. Nur wenn das Setting die Erwachsenen-IPS war und die Kinder als Besucher erwähnt wurden, erreichte die jeweilige Studie die nächste Runde, in der sie einer designorientierten, kritischen Beurteilung unterzogen wurde. Diese ist weiter unten beschrieben.

Da Pflegefachpersonen einer pädiatrischen IPS bereits das erforderliche Fachwissen besitzen, um besuchende Kinder bedürfnis- und entwicklungsgerecht zu betreuen (Grädel, 2008), wurden die Studien ausgeschlossen, in welchen das Setting eine Kinder- bzw. gemischte Abteilung war, weil Erwachsene als Patienten und Kinder als Besucher die Ausgangssituation darstellen sollten. Zudem waren die Artikel auszuschliessen, die alle Familienangehörige miteinbeziehen, weil in diesen keine kinderspezifischen Daten zu finden sind.

Zu einer weiteren kritischen Beurteilung der insgesamt 17 gelesenen Studien wurden die Raster von Behrens und Langer (2004) sowie jenes von LoBiondo-Wood und Haber (2005) gebraucht (Anhang F-I), um die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit der verschiedenen Artikel zu überprüfen. Im Folgenden wird die Anwendung dieser Skalen beschrieben.

- Die Bewertung der systematischen Übersichtsarbeiten wurde anhand einer Beurteilungsskala von Behrens und Langer (2004) vorgenommen. Diese enthält 12 Kriterien. Die Autorin gab jedem vorhandenen Kriterium einen Punkt. Es wurden diejenigen Studien in die Literaturübersicht einbezogen, welche mindestens ein Punktetotal von 8 (= Note 4) aufwiesen (Anhang F).
- Die qualitativen Studien wurden ebenfalls mittels einer Beurteilungsskala von Behrens und Langer (2004) bewertet. Diese Skala enthält ebenfalls 12 Kriterien, wobei jedem Kriterium einen Punkt zugeschrieben wurde. Jede Studie, welche mindestens ein Punktetotal von 8 (=Note 4) aufwies, wurde in die Review integriert (Anhang G).
- Die Interventionsstudien wurden gleich wie die zuvor genannten Designs mit Hilfe einer Beurteilungsskala von Behrens und Langer (2004) eingeschätzt, wobei diese 14 Kriterien aufweist. Deshalb musste die Mindestpunktzahl 9.5 (=Note 4) erreicht werden, damit die Forschungen in die Übersichtsarbeit miteinbezogen wurden (Anhang H).

- Die quantitativen Studien wurden hingegen mit der Beurteilungsskala von LoBiondo-Wood und Haber (2005) bewertet. Diese Skala beinhaltet 14 Kriterien und das Punktetotal musste deswegen mindestens 9.5 (=Note 4) betragen, um den Artikel in die Literaturübersicht zu integrieren (Anhang I).

Durch diese Kriterien sollte die Qualität der Studien bzw. der vorliegenden Literaturübersicht so hoch wie möglich gehalten werden.

Bei der kritischen Beurteilung stiess die Autorin auf die Review von Clarke und Harrison (2001), welche sich mit der gleichen Fragestellung auseinandersetzte wie sie. Jedoch wurden in dieser nicht nur wissenschaftliche Studien, sondern auch Kolumnen und andere Zeitschriftenartikel in die Arbeit miteinbezogen, was dazu führt, dass die Aussagekraft der Ergebnisse sehr tief ist, weil viele Angaben von Einzelpersonen stammen. Weiter liegt sie schon acht Jahre zurück, weshalb auch viel ältere Literatur verwendet wurde. Zudem wurden nur englische Publikationen bearbeitet, wobei der Rahmen eng blieb. Die Autorin der vorliegenden Arbeit konnte hingegen deutsche, französische, englische und spanische Studien in ihre Suche mit einschliessen. Weiter sind in der Übersichtsarbeit von Clarke und Harrison (2001) keine Angaben zur Ethik vorhanden, wobei in der vorliegenden Review zur Berücksichtigung von ethischen Aspekten die Kriterien der Broschüre des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer verwendet wurde (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer [SBK], 2004). Laut dieser gehören die Achtung der Würde der Person, das Nicht-Schaden und Gute-Tun sowie die Gerechtigkeit zu den ethischen Grundsätzen. Dazu zählt, dass die Teilnahme an der Forschung freiwillig sein soll, was das „Recht auf Informationen, die für eine Entscheidung ohne jeglichen Zwang notwendig sind, das Recht, eine Teilnahme zu verweigern und das Recht, sich jederzeit aus der Forschung zurückzuziehen“ einschliessen (SBK, 2004, S. 6). Die Teilnehmenden haben ebenfalls „das Recht, weder irregeführt noch getäuscht zu werden“, was gleichzeitig auch die Helsinki Deklaration besagt. Versprechen sollen eingehalten, vertrauliche Informationen nur mit ausdrücklicher Einwilligung weitergegeben und Nutzen und Risiken gerecht eingeschätzt werden. Die Grundregel „keine Personengruppe wird aufgrund ihrer Besonderheiten bevorzugt oder benachteiligt“ soll das Prinzip der Gerechtigkeit garantieren (SBK, 2004, S. 12). Die geschilderten Aspekte mussten in der jeweiligen Studie erwähnt sein oder zumindest abgeleitet werden können, damit sie in die vorliegende Literaturübersicht integriert wurden.

Von den 17 gelesenen Studien konnten insgesamt zehn alle Kriterien erfüllen und in die Review miteinbezogen werden (Anhang K). Die sieben ausgeschlossenen Artikel waren zum Teil keine wissenschaftlichen Arbeiten, sondern eine aktuelle Debatte bzw. ein einfacher Denkansatz zur Thematik. Zudem stellte eine Forschung eine Pilotstudie dar, die wegen der zu kleinen

Stichprobe nur gering aussagekräftige Resultate brachte, da das Zufallsrisiko zu hoch war. Bei einer anderen beinhaltete die Stichprobe auch Kinder als Patienten, was aus dem Titel und dem Abstract nicht herauszulesen war. Eine Studie war eine Review, die zu wenig auf die Thematik einging und keine relevanten Aspekte beschrieb, während in einer anderen Literaturübersicht weder Angaben zur Ethik noch zum Suchvorgang der Artikel und der Studienzahl enthalten waren. Die letzte ausgeschlossene Forschungsarbeit ist die Übersichtsarbeit, welche eine ähnliche Fragestellung wie die Autorin hatte und deshalb nicht miteinbezogen wurde.

3.3.2) Analyse der Ergebnisse

Die zusammengefassten Ergebnisse der ausgewählten Studien wurden durchgelesen, codiert und in sieben Kategorien eingeteilt, so dass eine übersichtliche Darstellung der wichtigsten Themenbereiche gestaltet werden konnte. Diese beinhalten die Informationsgabe und emotionale Unterstützung, Besucherrichtlinien und -regelungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Situationseinschätzung und Entscheidungsfindung, Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten, professionelle Haltung sowie die Informationen und Bildungsangebote für Pflegende, welche im folgenden Kapitel beschrieben sind.

4) Ergebnisse

Aus den gelesenen Studien wurde sichtbar, dass die Zulassung von Kinderbesuchen auf einer Erwachsenen-IPS immer noch vielerorts umstritten ist. Die Befürchtungen, das Kind könnte ein psychologisches Trauma entwickeln oder den Patienten infizieren bzw. infiziert werden, beeinflussen die Pflegenden in ihren Entscheidungen und deshalb auch in der Umsetzung der pflegerischen Interventionen, die folgend dargelegt sind (Clarke, 2000; Fairburn, 1994; Gnass, 2006; Knutsson & Bergbom, 2007b; Plowright, 1996; Vint, 2005).

4.1) Informationsgabe und emotionale Unterstützung

Die in der Forschungsarbeit von Knutsson et al. (2008) befragten Kinder nahmen das Äussere der schwerkranken Person als komisch und verändert wahr. Einige verspürten Angst und Ekel, obwohl sie sich ihr Aussehen schlimmer vorgestellt hätten. Sie konnten auch beobachten, dass der Angehörige verwirrt war und seltsam roch. Ebenfalls die technischen Apparaturen kamen der Mehrheit fremd und seltsam vor, während sich andere sehr interessiert zeigten. Sie fragten sich, was passieren würde, wenn es einmal zu einem Stromausfall käme. Weiter fürchteten sie sich, dass der Monitor des Elektrokardiogramms auf einmal eine gerade Linie anzeigen könnte, da im Fernseher in diesem Fall der Mensch gestorben sei. Daher ist der Beziehungsaufbau mit den Kindern und deren Begleitperson hilfreich, um die Situation einfacher und weniger stressig zu gestalten, damit ersteren im Rahmen der Möglichkeiten Informationen und emotionale Unterstützung angeboten werden können (Clarke, 2000). Dabei sollten ihnen Erklärungen zu den technischen Geräten, dem Milieu sowie zum Zustand und der äusserlichen Erscheinung des Patienten abgegeben werden. Dies beinhaltet ebenso die Aufklärung, inwiefern die schwerkranke Person noch reden, hören und verstehen kann (Knutsson, Otterberg & Bergbom, 2004). Auch in Plowrights (1996) Studie wurde die angepasste Informationsgabe der Pflegenden über die zu erwartenden Anblicke und Geräusche als wichtiger Bestandteil der Betreuung geschildert. Diese sollen das Risiko, ein psychologisches Trauma zu entwickeln, so niedrig wie möglich halten. In der Studie von Blot et al. (2007) wird hingegen dargelegt, dass die ersten Erklärungen über die Diagnose, die Prognose und den Kontext der Abteilung vom gesunden Erwachsenen übernommen werden kann. Die weiteren wichtigen Aspekte zum Patienten, den Geräten und anderem erläutern eine Pflegefachperson und ein Arzt am Besuchstag im Pausenraum. Bei der anschliessenden Begleitung im Zimmer wird versucht, das Kind schrittweise mit den Erwachsenen alleine zu lassen. Nach dem Besuch sollte dann aber ein informelles Debriefing mit dem Kind und dessen Begleitperson durchgeführt werden, wobei ihnen als Unterstützungssystem die von Psychoonkologen geführte Kinderhilfsgruppe angeboten wird. Den Kindern fehlt nämlich

häufig die Kommunikation innerhalb ihrer Familie und somit auch ein Ansprechpartner, mit dem sie über ihre Erlebnisse reden können, um diese zu verarbeiten (Gnass, 2006). Dabei wird geraten, ihnen die Wahrheit zu erzählen, so dass sie sich keine Fantasiegeschichten einbilden. Dies ist vor allem wichtig, um mögliche psychische Probleme zu verhindern, welche mit Schuldgefühlen und dem Gefühl verlassen worden zu sein, einhergehen. Andere Pflegende glauben jedoch, die Kinder könnten davon Alpträume, Stress und Angst entwickeln und dritte meinen, traumatisierende Erfahrungen könnten vermieden werden, indem die Kinder auf den Besuch vorbereitet sowie die Erwachsenen und das Pflegepersonal auf ihre Fragen und Reaktionen antworten würden (Knutsson & Bergbom, 2007b).

Die Fragen der Kleinkinder sollen mit einfachen und kurzen Worten geklärt werden. Es muss ihnen klar gemacht werden, dass sie keine Schuld für die Situation tragen, auch wenn sie keine derartigen Gefühle äussern. Ihre Rituale und Routinen sollen weitergeführt werden, da diese ihr Wohlbefinden und ihre Sicherheit stärken. Bei Vorschulkindern können zusätzlich Hilfsmittel wie Bilder, Audio- oder Videoaufnahmen und Telefonate eingesetzt werden, um Informationen zu vermitteln, damit die abstrakten Sätze für sie aufnehmbarer sind. Den Schulkindern muss nicht nur alles genaustens erläutert, sondern auch auf ihre Fragen eingegangen werden. Sie sollen ermutigt werden, ihre Gefühle von Trauer, Wut oder Angst auszudrücken (Gnass, 2006). Aufgrund dessen ist es wichtig, die Kinder nach dem Besuch nach ihrem Empfinden zu befragen. Knutsson et al. (2008) berichten jedoch in ihrer Studie eine kurzfristig positive Auswirkung auf die Kinder. Alle 28 interviewten Kinder fanden gut, dass sie die Gelegenheit erhielten, ihre angehörige Person zu besuchen, da sie auf diese Weise die Gewissheit hatten, wie es ihr geht. Sie hatten das Bedürfnis den Angehörigen zu berühren, ihn auf die Wange zu küssen oder ihm die Hände zu halten sowie ihm zu erzählen, was sie den ganzen Tag erlebt hatten. Über die Hälfte der Kinder sah den Besuch als eine Chance an, der kritisch kranken Person ihr Mitgefühl auszudrücken. Sie fühlten sich somit nicht ausgeschlossen und erfuhren ein Gefühl von Erleichterung und Glück.

4.2) Besucherrichtlinien und -regelungen

In der Studie von Vint (2005) gaben 39 der 46 befragten Stationsleiterinnen an, dass auf ihrer Abteilung keine Richtlinien zum Thema Kinderbesuch vorhanden sind. Bei nur gerade fünf IPS bestanden Regelungen, wobei vier ausschliesslich mündliche Abmachungen hatten und eine mit einem Informationsordner im Besucherraum ausgestattet war. Auch Knutsson et al. (2004) fanden heraus, dass von den 56 IPS 16 nur mündliche sowie eine Abteilung schriftliche und mündliche Richtlinien bzw. Regelungen aufwies. In einer weiteren Forschung von Knutsson

und Bergbom (2007b) waren alle teilnehmenden Ärzte und Pflegenden der Meinung, Kinder sollten individuell eingeschätzt werden. Jedoch lagen dafür keine fixen Regelungen vor. Im Gegensatz zu den vorgehenden Daten hatten laut Plowright (1996) alle 50 von ihr untersuchten IPS Besucherregelungen. 31 besaßen zwar nur mündliche Abmachungen, während bei 19 diese schriftlich festgelegt waren. Bei 14 von diesen waren die schriftlichen Dokumente in Form von Broschüren oder Merkblättern vorhanden, welche die Besucher mitnehmen und lesen konnten. Die anderen fünf hatten die Informationen an der Türe ausserhalb der IPS angeschlagen.

Ein weiteres Thema, das viele Pflegende äusserten, war die Unbeständigkeit zwischen den offiziellen und unoffiziellen Besucherrichtlinien (Clarke, 2000). Sie schienen die Regelungen der jeweiligen Situation anzupassen. In der Studie von Blot et al. (2007) wurde hingegen auf der untersuchten IPS ein Betreuungsprozess festgelegt, welcher von allen Pflegenden eingehalten werden musste. Dieser begann mit der Identifikation der Patienten, um herauszufinden, ob sie überhaupt Kinder hatten. Anschliessend wurde ihnen bzw. ihren erwachsenen Angehörigen vorgeschlagen, die Kinder ins Krankenhaus mitzunehmen. Dazu wurde ihnen empfohlen, den Kindern schon zu Hause erste Erklärungen zu geben. Diese wie auch der weitere Vorgang wurden bereits im vorgehenden Unterkapitel dargelegt und werden deshalb hier nicht noch einmal aufgeführt. Solche Richtlinien müssten in Zukunft evidenzbasiert entwickelt werden, um eine Annäherung des Pflegepersonals zu den Kindern zu begünstigen (Vint, 2005).

4.3) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die zwölf befragten Ärzte und Pflegenden in der Studie von Clarke (2000) verzichteten alle auf die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen der Gesundheitsbranche, welche Erfahrung im Umgang mit Kindern hatten. Sie bevorzugten, die Kinder selbst so gut wie möglich zu begleiten. Vint (2005) zeigte auf, dass wenigstens die Hälfte der 46 IPS eine Pflegefachperson aus dem Bereich der Pädiatrie auf der Abteilung oder zumindest in der Institution hatte, die erreichbar war, um den IPS-Pflegenden Ratschläge zu geben und sie zu unterstützen.

Von den 30 befragten erwachsenen Angehörigen selbst wünschte nur knapp die Hälfte nach dem Besuch ein Gespräch mit einem Psychologen oder einer Fachperson der Kinderabteilung (Knutsson & Bergbom, 2007a). Jedoch wurde in der Studie von Blot et al. (2007) dem Kind und seiner Begleitperson in jedem Fall empfohlen, bei der Kinderhilfsgruppe teilzunehmen, welche von der Abteilung Psychoonkologie gegründet wurde. Auch Spieltherapeuten könnten in die Besuchergestaltung integriert werden (Vint, 2005).

Obwohl ebenso für die Pflegenden selbst Hilfeleistungen vorhanden sind, bevorzugten sie ein Gespräch unter Arbeitskollegen oder die Weiterführung der Arbeit (Clarke, 2000). Bei der

Entwicklung eines schriftlich festgelegten Protokolls sei jedoch die Zusammenarbeit mit den Kollegen der Pädiatrie von grossem Nutzen.

4.4) Situationseinschätzung und Entscheidungsfindung

In der Studie von Knutsson und Bergbom (2007b) gaben alle teilnehmenden Ärzte und Pflegenden an, dass Kinder individuell eingeschätzt werden sollten, da in jeder Situation viele Faktoren in Betracht gezogen werden müssten. Dafür seien aber bis anhin keine fixen Regeln auf deren Station vorhanden. Der Entscheid, ob das Kind den schwerkranken Angehörigen besucht oder nicht, sollte schlussendlich aber vom Patienten oder dessen Familie gefällt werden. Gnass (2006) bestätigt die Wichtigkeit der individuellen Einschätzung der Kinder, betont jedoch diese auch als Familienmitglieder wahrzunehmen, um ihnen systematisch Unterstützung anbieten zu können. Dies wurde in der Forschung von Knutsson et al. (2004) von 18 der 56 IPS berücksichtigt, indem geschaut wurde, wie nahe die Beziehung des Kindes zum Patienten war, wie es um den Zustand dieser schwerkranken Person stand und welches Alter das besuchende Kind aufwies. Wichtig ist jedoch auch, das Kind selber entscheiden zu lassen, ob es für einen Besuch bereit ist oder nicht (Knutsson & Bergbom, 2007a). Auch Gnass (2006) fand heraus, dass Kinder immer in die Entscheidung miteinbezogen werden sollten. Dies auch wenn sich die Pflegenden bereits mit den Bezugspersonen zum aktuellen Wissensstand des Kindes und zu dessen Verhalten ausgetauscht haben. Die möglichen Verhaltensänderungen können nämlich nur in Zusammenarbeit mit den erwachsenen Angehörigen eingeschätzt werden, da die Pflegenden das Kind nur im Zeitraum des Besuchs erleben und dieses vielleicht ganz anders reagiert oder Verhaltensweisen zeigt, die nichts mit der kritischen Erkrankung des Patienten zu tun haben. Ebenfalls die Hälfte der von Fairburn (1994) befragten diplomierten IPS-Pflegenden befürwortete den Einbezug des Patienten und seinen Angehörigen bei der Entscheidung, ob das Kind die schwerkranke Person besuchen sollte oder nicht. Kinder werden häufig als unsichtbar und ausgeschlossen wahrgenommen, wenn es um den Decision-making-Prozess geht, was diese direkt affektiv angreifen kann (Vint, 2005). Blot et al. (2007) schlugen darum vor, einen Raster zur Einschätzung der Angst oder Depression zu benutzen.

4.5) Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten

Die Mehrheit der IPS stellten den Kindern weder eine Spielecke noch andere Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung (Vint, 2005). Eine Befragung von Kindern, welche eine angehörige Person auf der IPS besucht hatten, zeigte jedoch, dass über ein Drittel der

Kinder vor allem die Wartezeit als mühsam und langweilig empfand, da sie einfach nur da sitzen und warten mussten (Knutsson et al., 2008). Beschäftigungsangebote gab es keine. Sie beschrieben die Umgebung als düster, nicht heimelig, unpersönlich, langweilig und hässlich. Auch anhand der Studie von Knutsson und Bergbom (2007a) wurde herausgefunden, dass sich einige Kinder während dem Besuch ausschliesslich mit Spielen beschäftigten, wobei nicht präzisiert wird, ob sie die Spielsachen von zu Hause mitgenommen hatten oder diese auf der Station vorhanden waren. Abgesehen davon bewirkt die Anschaffung von Spielzeugen, bunten Displays, Kinderbüchern und angepassten Informationsquellen eine für Kinder einladende Umgebung, so dass sie sich nicht als unsichtbar wahrgenommen fühlen (Vint, 2005). Darum sollte den Kindern erlaubt sein, wenigstens ein Stofftier oder ähnliches mitzubringen, weil dies ihnen nicht nur Beschäftigung, sondern auch Sicherheit gibt (Gnass, 2006).

4.6) Professionelle Haltung

Als erstes ist es notwendig, die Vorstellungen und Verhaltensweisen des Pflgeteams bezüglich dem familienzentrierten Konzept (Anhang C) wie auch den Kinderbesuchen auf der IPS zu erkunden und anzuzweifeln (Clarke, 2000). Dafür brauchen die Pflegenden Zeit, um über die aktuelle Situation in der Praxis zu diskutieren und reflektieren. Auf diese Weise können momentane Vermutungen, Meinungen und Haltungen gegenüber den Besuchen von Kindern modifiziert werden (Vint, 2005). Zusätzlich sollen sich vorhandene Forschungsergebnisse verbreiten, so dass diese in deren Entscheidungsfindung miteinbezogen werden (Clarke, 2000). Denn in der pflegerischen Arbeitswelt bestehen verschiedene Meinungen darüber, was die Dynamik im Team kompliziert gestaltet. Dies könnte laut Knutsson und Bergbom (2007b) auf einen Mangel an gemeinsamen Pflegeansichten zurückzuführen sein. Professionelle Haltungen zu Kinderbesuchen und familienzentrierter Pflege müssten deshalb in den Teams zusammen mit den Leitungspositionen und den Ärzten diskutiert werden. Weiter sollen die Pflegenden besprechen, wie sie die kleinen Besucher empfangen, informieren, unterstützen und begleiten wollen, wobei die familienzentrierte Pflege eine wichtige Rolle spielt (Knutsson & Bergbom, 2007a). Gnass (2006) beschreibt zudem, dass die Handhabung der Besuche nicht allein im Team geklärt werden, sondern im Kontext der im Krankenhaus gelebten Philosophie erfolgen soll, was einen interprofessionellen Austausch erfordert.

4.7) Informationen und Bildungsangebote für Pflegende

Auf den IPS können ein allgemeiner Mangel an schriftlichen Informationen für das Pfl egeteam (Vint, 2005), ein Bedarf Strategien zur Kinderbesuchsproblematik zu entwickeln, die vor, während und nach dem Besuch einsetzbar sind (Knutsson & Bergbom, 2007a) sowie ein effektiver Schulungs- und Trainingsbedarf zur Thematik festgestellt werden (Gnass, 2006). Ein Beispiel hierfür ist, dass in der Forschungsarbeit von Vint (2005) gerade drei der 46 untersuchten IPS einen Ordner mit Informationen über Kinder und deren Bedürfnisse entsprechend ihrer Entwicklungsstufe besaßen, wenn sie eine schwerkranke Person besuchen. Nur indem aber das Wissen erworben und angepasst wird, kann auch das Denken und Verhalten des Teams und der individuellen Pflegenden geleitet werden. Dafür muss Bildung angeboten werden, die nicht nur fundamental für den Betreuungsprozess, sondern auch für das Verständnis der Bedürfnisse der Kinder ist und die Kommunikationsfähigkeit fördert, damit Informationen niveauangepasst abgegeben werden können. Werden keine Bildungs- und Übungsangebote zur Kommunikation mit Kindern über Gesundheit und Krankheit unterbreitet, welche auf Entwicklungstheorien basieren, können die Erwartungen, Kinder und deren Angehörigen bei den Besuchen professionell zu betreuen, nicht erfüllt werden (Clarke, 2000). Jedoch können auch die Bezugspersonen einer Schulung und Beratung unterzogen werden, was eine indirekte Intervention für die Kinder und ein wichtiges Instrument darstellt, um einen begleiteten Besuch systematisch zu planen (Gnass, 2006).

5) Diskussion

Die im vorderen Kapitel dargelegten Ergebnisse werden nun in diesem Teil der Arbeit interpretiert und diskutiert. Nach einigen allgemeinen Anmerkungen zu allen Resultaten folgen erneut die sieben soeben beschriebenen Kategorien.

Die direkten oder indirekten pflegerischen Interventionen, welche in den bearbeiteten Forschungsartikeln beschrieben wurden, um ein besuchendes Kind auf der IPS bedürfnis- und entwicklungsgerecht zu betreuen, stimmen zum Teil überein, weisen jedoch studienübergreifend auch gewisse Unterschiede auf. Dies könnte sein, weil die Autoren verschiedene Instrumente zur Datenerhebung angewandt haben und somit nicht in allen Forschungen die genau gleichen Aspekte erfasst werden konnten. Aufgrund dessen sind nicht für alle vorgeschlagenen Interventionen vergleichbare Ergebnisse vorhanden. Diese werden jedoch mit den im theoretischen Rahmen beschriebenen kognitiven und psychosozialen Entwicklungsstufen in Zusammenhang gebracht, damit sie den Bedürfnissen der Kinder entsprechend eingeteilt werden können, um eine mögliche Umsetzung zu vereinfachen. Es werden ausschliesslich die Teilstücke der Theorien verwendet, die Kinder im Alter zwischen vier und zwölf Jahren betreffen.

5.1) Informationsgabe und emotionale Unterstützung

In allen ausser einer Studie war herauszulesen, dass sich die Pflegenden wie auch die erwachsenen Begleitpersonen über die Wichtigkeit bewusst sind, den Kindern angemessene Informationen zu erteilen (Blot et al., 2007; Clarke, 2000; Fairburn, 1994; Gnass, 2006; Knutsson & Bergbom, 2007a; Knutsson & Bergbom, 2007b; Knutsson et al., 2004; Plowright, 1996; Vint, 2005). Dies ist vor allem bei vier- bis fünfjährigen Kindern sehr wichtig, da sie erstens einen riesigen Forschungsdrang haben und zweitens ihre eingebildeten Fantasievorstellungen oft schlimmer sind als die Realität (Erikson, 2008). Zudem befinden sie sich in einem Konflikt zwischen ihrer eindringenden Initiative, sich selber durch das Einschlüpfen in verschiedene Rollen zu identifizieren und dem Schuldgefühl, diesen nicht gerecht werden zu können. Deshalb sind adäquate und wahrheitsgetreue Erklärungen zur Situation erforderlich, damit die betroffenen Kinder sich nicht ausgeschlossen oder schuldig fühlen (Erikson, 2008) und daraus möglicherweise ein psychisches Trauma entwickeln (Knutsson & Bergbom, 2007a). Für Kinder zwischen dem vierten und siebten Lebensjahr stehen ihre eigenen Bedürfnisse im Vordergrund (Piaget & Inhelder, 2004), was den Pflegenden bei deren Betreuung bewusst sein muss, da die Reaktionen ziemlich egozentrisch auf sie wirken können. Kinder sind normalerweise erst ab sieben Jahren fähig, ihr Denken an tatsächliche Gegebenheiten wie die Hospitalisation eines

Angehörigen auf der IPS zu binden und diese mit den zusammenhängenden Ereignissen wie dem Trauerzustand der Bezugspersonen zu verknüpfen (Piaget & Inhelder, 2004). Aufgrund dessen müssen die Informationen der Entwicklung des Kindes angepasst vermittelt werden.

Die Forschungsartikel von Gnass (2006) und Knutsson et al. (2004) besagen, dass die den Kindern gegebenen Informationen seitens der Pflege Erklärungen zu den technischen Geräten, dem Zustand des Patienten und der Umgebung beinhalten sollen. In der prospektiven Studie von Blot et al. (2007) wurde der gesunde Elternteil hingegen gebeten, die Kinder bereits zu Hause über die Diagnose, die Prognose und den Kontext aufzuklären, bevor sie am Besuchstag auf der Abteilung von einer Pflegefachperson und einem Arzt weitere wichtige Erklärungen dazu erhielten. Auf diese Art und Weise haben die Kinder eine grössere Vorbereitungszeit, in welcher sie sich auf den Besuchstag einstellen können. Diese sollte jedoch nicht zu lange sein, da besonders vier- bis fünfjährige sehr neugierig sind und viele Fragen stellen (Erikson, 2008), mit denen sich die Bezugspersonen überfordert fühlen können. Darum ist es wichtig, dass sie dann von den Fachpersonen adäquate und befriedigende Antworten erhalten (Knutsson & Bergbom, 2007a; Knutsson & Bergbom, 2007b; Gnass, 2006). Damit die Pflegenden ihnen jedoch diese geben können, ist ein Beziehungsaufbau notwendig (Clarke, 2000), der sachte mit viel Empathie, Echtheit wie auch Akzeptanz angegangen werden soll, so dass sie sich respektiert und emotional unterstützt fühlen. Die Kommunikation spielt dabei eine zentrale Rolle. Entspricht sie nämlich nicht dem Niveau des Kindes, versteht es die Erklärungen nicht oder nur teilweise, was seine Fantasievorstellungen begünstigen kann. Deshalb sind Hilfsmaterialien wie Bilderbücher oder Videos ideal (Gnass, 2006), um den Kindern die kritische Situation so realitätsnah wie möglich zu Gesicht zu führen. Ebenfalls sind hier ihre Präferenzen zu berücksichtigen.

Mehrere Studienergebnisse zeigen, dass nicht nur zur Vorbereitung, sondern auch während und nach dem Besuch Informationen abgegeben werden sollen (Knutsson et al., 2004; Blot et al., 2007; Vint, 2005). Damit könnten die Präsentation der Apparate im Zimmer, die Beantwortung der Fragen sowie das Befinden der Kinder während bzw. nach dem Besuch angesprochen sein. Diese durchgehende Unterstützung soll laut Vint (2005) forschungsbasiert entwickelt werden. Jedoch kann es sein, dass diese bis anhin nicht umgesetzt wurde, weil entweder noch nicht viele wissenschaftliche Daten dazu erhoben und veröffentlicht wurden oder letztere in Bearbeitung sind. Entspricht ersteres der heutigen Situation, wäre es sinnvoll die bereits vorhandenen Forschungen zu publizieren, damit alle IPS davon profitieren könnten oder wenn noch keine vorliegen, welche durchzuführen. Ist allerdings die zweite Vermutung die richtige, wäre es von Vorteil, wenn diese Studien so schnell wie möglich eingereicht bzw. veröffentlicht würden, um die bestätigten Interventionen in die Praxis implementieren zu können.

5.2) Besucherrichtlinien und -regelungen

Mehreren Studien nach liegen nur wenige schriftlich festgelegte Richtlinien und Regelungen zum Besuch von Kindern auf der Erwachsenen-IPS vor (Vint, 2005; Knutsson et al., 2004; Knutsson & Bergbom, 2007a). Häufig bestehen bloss mündliche Abmachungen, die jedoch uneinheitlich sind, da sie möglicherweise den jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden (Clarke, 2000). Daraus ist abzuleiten, dass etwa dieselbe Situation vorliegt, wie wenn überhaupt keine Regelungen vorhanden wären, weil jede Pflegeperson nach ihrem Empfinden handelt. Dies könnte Missverständnisse und Verwirrung bei den erwachsenen Bezugspersonen wie auch bei den Kindern auslösen, weil sie somit unterschiedliche Informationen erhalten.

Da das Denken der Kinder bis zu ihrem siebten Lebensjahr noch nicht den Gesetzen der Logik folgt, vermischen sie die verschiedenen Erklärungen der Pflegenden und machen sich ein eigenes Bild über die bestehende Situation (Piaget & Inhelder, 2004). Dieses kann vor allem bei den vier- bis fünfjährigen Kindern noch mehr Fragen aufwerfen als sonst schon, weil sie in dieser Phase sehr neugierig sind und alles genau wissen wollen (Erikson, 2008). Erst ab sieben Jahren fangen sie an, ihre Gedanken an reale Ereignisse zu knüpfen und logische Schlüsse daraus zu ziehen (Piaget & Inhelder, 2004). Darum sind einheitliche Besucherregelungen von zentraler Bedeutung, um das Kind so wenig wie möglich zu verunsichern. Einzig in der Forschungsarbeit von Blot et al. (2007) wird aber ein genauer Betreuungsprozess beschrieben, nach dem alle Pflegenden vorgehen müssen. Dies vereinheitlicht die Interventionen, bringt Ordnung und gibt allen Beteiligten Sicherheit, wobei einzelne Wert- und Normvorstellungen nicht berücksichtigt werden können. Werden jedoch evidenzbasierte Richtlinien eingeführt, steigt nicht nur die Pflegequalität, sondern auch die Zufriedenheit der besuchenden Kinder und deren Angehörigen.

5.3) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Was die interdisziplinäre Zusammenarbeit anbelangt, wurden in den bearbeiteten Studien keine vergleichbaren Ergebnisse dargelegt. Knutsson et al. (2008) mussten den Eltern und dem Kind den Kontakt zu einem Psychologen ermöglichen, damit sie ihre Kinderbefragungen ethisch gesehen und auf die Forderungen der Helsinki Deklaration gestützt durchführen konnten. Auch in der prospektiven Studie von Blot et al. (2007) wurde den Kindern und deren Eltern nach dem Besuch des krebserkrankten Angehörigen die Kinderhilfsgruppe empfohlen, welche von Psychoonkologen geführt war. Dies zeigt auf, dass eigentlich allen Kindern bzw. Bezugspersonen psychologische Hilfe in irgendeiner Form angeboten werden müsste. Auf diese Weise könnten sie noch von einer Fachperson mit anderem Blickwinkel Unterstützung erhalten, indem sie mit

zusätzlichen Informationen bereichert würden, so dass sie die Möglichkeit hätten, der totalen Befriedigung ihrer Bedürfnisse näher zu kommen. Idealerweise sollte diese Arbeit ein Kinderpsychologe übernehmen, weil dieser auf derartige Fälle spezialisiert ist und den entwicklungsspezifischen Forderungen gerecht werden könnte. Die Entscheidung, ob dieses Unterstützungsangebot in Anspruch genommen wird oder nicht, sollte von den nahen Angehörigen getroffen werden, da sie die Kinder am besten kennen.

Von den Erwachsenen selbst wünschte nach den Studienergebnissen von Knutsson und Bergbom (2007a) hingegen nur knapp die Hälfte der dreissig Befragten pädiatrische oder psychologische Unterstützung. Laut den Forschungsergebnissen von Clarke (2000) verzichten zudem während dem Besuch hundert Prozent der Pflegenden auf die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen des Gesundheitswesens, welche Erfahrung mit Kindern haben. Sie versuchen die Kinder selbst so gut wie möglich zu begleiten, obwohl nach den Ergebnissen von Vint (2005) immerhin die Hälfte von 46 IPS erreichbare Pflegefachpersonen der Pädiatrie auf der Abteilung oder in der Institution hatte, welche Ratschläge geben oder sie bei der Betreuung unterstützen konnten. Die Kooperation würde Unsicherheiten herabsetzen und nicht vorhandenes Wissen einbringen, so dass in der nächsten ähnlichen Situation die Begleitung des Kindes eigenständig erfolgen könnte. Je besser also die Zusammenarbeit gefördert wird, desto gewinnbringender ist die Situation für alle Beteiligten.

Auch bei der Entwicklung eines schriftlich festgelegten Betreuungsvorgangs, der von allen Pflegenden eingehalten werden muss, ist das Hinzuziehen der Pädiatriefachleute sehr nützlich (Clarke, 2000), da sie viel Erfahrung im Umgang mit Kindern haben. Jedoch neigen die Pflegenden anscheinend dazu, ihre Aufgaben selbständig oder wenigstens im eigenen Team erfüllen zu wollen, auch wenn ihnen Unterstützung angeboten wird. Denn sie ziehen das Gespräch mit Arbeitskollegen oder die Weiterführung der Arbeit den vorhandenen Hilfeleistungen vor (Clarke, 2000), was zeigt, dass sie die schwierige Aufgabe eigenhändig überstehen und bewältigen wollen. Diese Einstellung könnten sie einmal mit schwerwiegenden Konsequenzen wie einem Burnout zu bezahlen haben, weshalb die Fähigkeit, Hilfe anzunehmen, auf der IPS und in der ganzen Institution gefördert werden muss.

5.4) Situationseinschätzung und Entscheidungsfindung

Kinder, welche Erwachsene auf der IPS besuchen, müssen von den Pflegenden individuell eingeschätzt werden, was in einigen Studien dargelegt wurde (Knutsson & Bergbom, 2007a; Gnass, 2006; Knutsson et al., 2004; Fairburn, 1994). Dass sie dabei die Familienmitglieder zur Hilfe nehmen sollen, besagen vor allem die Angaben von Gnass (2006) sowie die von Knutsson

und Bergbom (2007a). Dies hängt vielleicht damit zusammen, dass oft keine Assessmentinstrumente vorhanden sind, um die Situation des Kindes adäquat einzuschätzen. Aus diesem Grund befragen die Pflegenden die nahen Angehörigen über das Befinden, die Verhaltensweisen und weitere wichtige Aspekte des Sprösslings.

Ausserdem bestätigen mehrere Ergebnisse, dass die Entscheidung, ob das Kind ins Zimmer der schwerkranken Person tritt oder nicht, bei seiner Familie und bei ihm selbst liegt (Knutsson & Bergbom, 2007a; Gnass, 2006; Fairburn, 1994; Vint, 2005). Diese Entscheidungsfreiheit berücksichtigt auf der einen Seite die Autonomie der Beteiligten, kann aber auf der anderen Seite auch Unsicherheit und Zweifel auslösen, wenn sie dabei nicht unterstützt werden. Da die Pflegenden die meiste Zeit mit dem Patienten wie auch mit dessen Angehörigen verbringen, ist es ihre Pflicht, den Betroffenen bei der Entscheidung beizustehen. Damit sie diese jedoch dabei professionell unterstützen können, müssen sie die entwicklungsspezifischen Bedürfnisse der Kinder kennen, um ihnen bzw. ihren Angehörigen konkrete Fragen zu stellen, welche diese zu einem Entschluss bringen. Werden die Ratschläge der Pflegenden mit Hilfe der psychosozialen Stufentheorie von Erikson gegeben, fördern sie den Besuch des Kindes. Denn laut Erikson „erweitern die Sprache und Bewegungsfreiheit“, die das Kind in dieser Phase entwickelt, „seine Vorstellungswelt, so dass es sich vor seinen eigenen, halb geträumten, halb gedachten Bildern ängstigt“ (Erikson, 2008, S.87). Daher sollten Kinder zwischen vier und fünf Jahren die schwerkranke Person sehen dürfen, um die Realität zu erfahren. Dabei müssen ihnen jedoch in einfachen Worten Erklärungen abgegeben werden, damit sie sich nicht noch schlimmere Vorstellungen einbilden. Zudem stellen sie viele Fragen, weil sie auf dieser Stufe der Entwicklung einen ausgeprägten Forschungsdrang verspüren (Erikson, 2008). Diese sind stets in Anwendung einer angemessenen Sprache zu beantworten. Geht ihre Neugier zu weit und sie begehen eine Untat, erhalten sie ein schlechtes Gewissen und fühlen sich schuldig (Erikson, 2008). Die Folgen davon können Übergewissenhaftigkeit, übertriebene Initiative oder Schuldkomplexe sein. Aufgrund dieser Symptome beanspruchen sie ihren Körper teilweise dermassen, dass sich psychosomatische Beschwerden bemerkbar machen (Erikson, 2008). Darum sollten die Angehörigen wie auch die Pflegenden immer ein offenes Ohr für die Kinder haben, sie im Zimmer der schwerkranken Person stets im Auge behalten und ihnen die Konsequenzen ihrer möglichen Handlungen aufzeigen. Die Einschätzung der Situation, in welcher sich das Kind befindet sowie die Beurteilung seiner möglichen Verhaltensänderungen bilden die Eckpfeiler für die adäquate Betreuung der kleinen Besucher.

5.5) Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten

Die Studien, welche sich mit diesem Aspekt auseinandergesetzt haben, fanden heraus, dass auf den meisten Erwachsenen-IPS keine Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden sind (Knutsson et al., 2008; Vint, 2005), was bereits in der Problembeschreibung der vorliegenden Literaturübersicht thematisiert wurde. Daher sollte den Kleinen wenigstens erlaubt werden, ein Stofftier mitzubringen, das ihnen Sicherheit gibt (Gnass, 2006). Denn die Kinder selbst empfinden vor allem die Wartezeit ohne Spielzeuge als langweilig und mühsam (Knutsson et al., 2008). Darum sollte auf jeder Erwachsenen-IPS eine Spielecke oder zumindest eine Kiste mit verschiedenen Beschäftigungsangeboten vorhanden sein. Wenn dies aus irgendeinem Grund nicht möglich ist, kann den Angehörigen wenigstens empfohlen werden, dem Kind ein Spielzeug mitnehmen zu lassen. Ein vier- oder fünfjähriges Kind schlüpft, wie schon im theoretischen Rahmen beschrieben, spielerisch in verschiedene ihm bekannte Rollen wie die der Mutter oder des Vaters (Erikson, 2008). Daher wären Spielsachen wie zum Beispiel eine Puppe ideal, damit sich das Kind mit sich selbst beschäftigen kann. Ab dem sechsten Lebensjahr will es hingegen mit dem Spiel etwas erreichen, um Anerkennung zu ernten. Darum könnte ein Puzzle sein Bedürfnis befriedigen. Es sollte vor allem für sein Tun gelobt werden, da es sonst Minderwertigkeitsgefühle entwickeln könnte (Erikson, 2008). Die eigenen Bedürfnisse stehen für das Kind bis zum siebten Altersjahr im Zentrum (Piaget & Inhelder, 2004). Aufgrund dessen müssen diesem vor allem im Warteraum Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, damit es abgelenkt ist und ihm nicht langweilig wird.

5.6) Professionelle Haltung

Es bestehen zurzeit unterschiedliche Vorstellungen und Verhaltensweisen in den Pflorgeteams, was die Besuche der Kinder auf einer Erwachsenen-IPS betrifft (Clarke, 2000; Vint, 2005; Knutsson & Bergbom, 2007b). Diese Tatsache zeigt, dass die beschriebene Problematik auf den Abteilungen noch zu wenig thematisiert und überdacht wurde und daher keine einheitliche professionelle Haltung aller Teammitglieder gewährleistet werden kann. Wie die Betreuung der Kinder vonstatten gehen soll, ist laut Gnass (2006) jedoch nicht nur auf der Station festzulegen, sondern muss in Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team erfolgen und die Philosophie des Spitals vertreten. Knutsson und Bergbom (2007a) bestätigen diese Aussage, wobei sie spezifisch das Pflorgeteam, die Leitungspositionen und die Ärzte nennen. Es sollten aber auch intern angestellte Psychologen und Kollegen der pädiatrischen Abteilung, welche bei einem Kinderbesuch Unterstützung bieten können, miteinbezogen werden.

Alle am Besuch beteiligten Berufsgruppen sollten demzufolge gleichermassen über die festgelegte Handhabung informiert sein, damit es diesbezüglich keine Auseinandersetzungen zwischen zwei Parteien mit unterschiedlichen Ansichten gibt. Dabei müssen die Bedürfnisse der Kinder in den verschiedenen Entwicklungsphasen stets berücksichtigt werden. Diese sind, wie im theoretischen Rahmen beschrieben ist, nicht für jede Altersklasse identisch. Natürlich haben nicht alle Kinder, die gleich alt sind, auch dieselben Vorlieben, aber trotzdem können gewisse Denk- und Verhaltensweisen grundsätzlich bei jedem einzelnen beobachtet werden. Darum sind die Entwicklungstheorien von Erikson und Piaget mögliche Grundlagen für die Ausarbeitung einer einheitlichen professionellen Haltung. Auch die familienzentrierte Pflege stellt dafür ein wichtiges Konzept dar (Clarke, 2000; Knutsson & Bergbom, 2007a; Knutsson & Bergbom, 2007b). Für das bessere Verständnis ist im Anhang C eine kurze Erklärung dazu zu finden.

5.7) Informationen und Bildungsangebote für Pflegende

Das Vorliegen von allgemeinem Schulungsbedarf wird vor allem in den Studien von Clarke (2000) und Gnass (2006) thematisiert. Die angebotenen Bildungsinhalte sollten das Verständnis der Pflegenden für die Bedürfnisse der Kinder sowie deren Kommunikationsfähigkeit, Informationen niveauangepasst abzugeben, fördern. Wenn solche Informations- und Übungsmöglichkeiten zur kindergerechten Kommunikation über Gesundheit und Krankheit fehlen, die als Grundlage Entwicklungstheorien aufweisen, können die besuchenden Kinder nicht professionell betreut werden (Clarke, 2000). Demzufolge sollten die Wissensdefizite der Pflegenden mit Hilfe von Weiterbildungen abgedeckt werden, wobei diese für alle obligatorisch sein sollten, da sie die Basis einer entwicklungs- und bedürfnisgerechten Kinderbetreuung vermitteln.

Zudem zeigen die Resultate einer weiteren Studie, dass ein Mangel an schriftlichen Informationen für das Pflgeteam besteht (Vint, 2005). Folglich fehlt den Pflegenden wichtige Literatur, in welcher sie Angaben zu den entwicklungsspezifischen Bedürfnissen der Kinder und den Kommunikationsgrundlagen finden. Ein gut strukturierter Ordner mit Zusammenfassungen zur Thematik, die aus evidenzgestützten Daten bearbeitet wurden, wäre ein ideales Hilfsmittel, um sich als Pflegefachperson auf einen geplanten Kinderbesuch vorzubereiten.

5.8) Kritische Würdigung der Arbeit

An dieser Stelle erfolgt eine kritische Würdigung der vorliegenden Übersichtsarbeit, die sowohl positive als auch negative Aspekte beinhaltet.

Die Datensammlung wurde anhand von pflegerelevanten Datenbanken vollbracht. Da die Studiensuche systematisch ausgeführt wurde, sind Vertrauenswürdigkeit sowie Nachvollziehbarkeit im Gegensatz zu unsystematischen Reviews angehoben. Eine Tabelle im Anhang E zeigt die genaue Vorgehensweise auf.

Bei der Datenauswahl wurde, wie im Methodologieteil beschrieben, eine erste Aussortierung vorgenommen, bevor die Studien der kritischen Beurteilung unterzogen wurden, die anhand der ausgesuchten Raster erfolgte (Anhang F-I). Dabei wurden sie auf ihre Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit überprüft, wodurch die Qualität der Artikel so hoch wie möglich gehalten werden konnte. Die in die Arbeit integrierten Studien weisen zudem ein Publikationsjahr zwischen 1994 und 2007 auf, wobei nur zwei die Zehnjahreslimite überschreiten. Die Literaturübersicht basiert demnach auf aktuellen Daten. Ausserdem konnten Artikel in drei verschiedenen Sprachen, namentlich Deutsch, Französisch und Englisch, integriert werden, was die Bandbreite vergrösserte. Trotzdem blieb die Anzahl Studien bei 17 stehen, von denen zehn miteinbezogen werden konnten. Angebot und Nachfrage stimmten demzufolge für die Erstellung einer systematischen Literaturübersicht zur gewählten Thematik nicht optimal überein, vor allem wenn ein hoher Evidenzlevel angestrebt werden sollte. Es mussten die veröffentlichten Artikel verwendet werden, welche vorhanden und erreichbar waren. Da deren Anzahl nur wenig variierte und dabei ausschliesslich irrelevante Studien dazukamen, wenn die Verfasserin bei der Suche das Alter der Kinder von 6 bis 12 auf 0 bis 18 Jahre umstellte, ging sie davon aus, dass die meisten bzw. fast alle Autoren das Kindesalter nicht begrenzten, weil die Menge der Artikel ein geringes Ausmass einnimmt. Ausserdem war die Übersetzung der zehn ausgewählten Studien in die deutsche Sprache teilweise nicht sehr einfach, weshalb Fehler nicht auszuschliessen sind.

Acht der zehn Forscher bestätigten in ihren Publikationen die Einholung der mündlichen oder schriftlichen informierten Zustimmung bei ihrer Stichprobe (Clarke, 2000; Fairburn, 1994; Knutsson & Bergbom, 2007a; Knutsson & Bergbom, 2007b; Knutsson et al., 2004; Knutsson et al., 2008; Plowright, 1996; Vint, 2005). Dabei ist zu berücksichtigen, dass von den zwei übrigen die Arbeit von Gnass (2006) eine Review ist und bei dieser von Blot et al. (2007) die Zustimmung höchstwahrscheinlich erfolgte, weil mündliche Befragungen stattfanden. Knutsson und Bergbom (2007a), Knutsson und Bergbom (2007b), Knutsson et al. (2004), Knutsson et al. (2008) und Vint (2005) liessen ihre Studie sogar von einer Ethikkommission überprüfen und genehmigen.

Von der gesamten Artikelzahl sind über die Hälfte deskriptive Studien (Vint, 2005; Knutsson et al., 2004; Knutsson & Bergbom, 2007a; Knutsson & Bergbom, 2007b; Plowright, 1996; Fairburn, 1994), welche genaue und spezifische Informationen über die Situation des Kinderbesuches auf der Erwachsenen-IPS darlegen. Diese Forschungen gehören in die Kategorie der nicht-experimentellen Designs und sind deshalb laut Behrens und Langer (2006) der Evidenzstufe 4 zuzuordnen (Anhang J). Dies bedeutet, dass der Evidenzlevel eher tief ist. Zwei der zehn ausgewählten Artikel (Knutsson et al., 2008; Clarke, 2000) sind Studien mit phänomenologischem Ansatz und haben daher qualitativen Charakter. Sie ermöglichen zwar eine subjektive Betrachtung der unterschiedlichen Erfahrungen der Befragten und somit einen Einblick in ihre Erlebnisswelt, bringen aber ganz individuelle Resultate ein. Daher erreichen diese Studien dieselbe Stufe der Evidenz wie auch die vorherigen und sind im unteren Levelbereich zu finden. Die in die Arbeit einbezogene Literaturübersicht von Gnass (2006) kann hingegen auf die Stufe 2a gesetzt werden. Das bedeutet, dass diese eine höhere Evidenz aufweist als die zuvor genannten Studien und deshalb ihre Ergebnisse stärker gewichtet werden müssen, weil sie aussagekräftiger sind. Eine weitere Forschung ist ausserdem prospektiv (Blot et al., 2007). Sie untersucht die Zufriedenheit der Pflegenden, Patienten und deren Angehörigen vor und nach der Einführung der Kinderbesuche. Da die Stichprobe nicht randomisiert zusammengestellt wurde, erreicht die Studie nicht die oberste Stufe, sondern fällt auf den Level 3b zurück. Im Gesamten gesehen sind die Evidenzlevels laut der Pyramide bzw. den Stufen der Evidenz von Behrens und Langer (2006) nicht sehr hoch (Anhang J). Jedoch liegen nach der Suche der Autorin bis heute noch nicht viele veröffentlichte Studien vor, die eine hohe Stufe der Evidenz einnehmen.

Die Anzahl Teilnehmer in den Forschungen war teilweise sehr gering, weshalb die Aussagekraft der Ergebnisse nicht optimal sein konnte. Ausserdem war bei vier der gesamten zehn Studien dieselbe Verfasserin beteiligt, was die Beurteilung wie auch die Ergebnisse beeinflusst haben könnte. Um aussagekräftigere Resultate zu erlangen, hätte eine Forschung experimenteller Natur mit hohen randomisiert ausgewählten Stichproben durchgeführt werden müssen. Dies hätte jedoch den Rahmen der Bachelorarbeit gesprengt.

5.9) Lernprozess zur Thematik

Eine zufällige Beobachtung brachte die Autorin dazu eine Review zur Thematik Kinderbesuche auf der Erwachsenen-IPS zu erstellen. Bei der Verlegung eines Patienten von einer chirurgischen Abteilung auf die IPS sah sie eine Frau, welche mit einem kleinen Mädchen jemanden besuchen kam. Das Kind drückte sich fest an seine Mutter und wirkte sehr verängstigt. Trotzdem fühlte sich keine Pflegefachperson verantwortlich, das Mädchen zu betreuen. Dies beschäftigte die Autorin,

weshalb sie mehr darüber erfahren wollte. Sie kannte sich nämlich in diesem Bereich der Pflege noch überhaupt nicht aus. Diese Literaturübersicht erlaubte es ihr nun, ein gewisses Wissensrepertoire zu diesem Thema aufzubauen und einen Überblick über die aktuelle Situation zu gewinnen. Ausserdem wurden ihre reflektierenden Fähigkeiten angeregt, indem sie sich über ihre eignen Werte und Normen bewusst werden und sich in die Lage der Betroffenen versetzen konnte. Die Arbeit hatte einerseits einen sensibilisierenden Effekt auf die Autorin, was die Komplexität eines solchen Kinderbesuchs betrifft. Andererseits wurde ihr klar, dass diese Problematik von grosser Bedeutung ist und in der Praxis vermehrt thematisiert werden muss, um forschungsbasierte Änderungen vorzunehmen.

5.10) Lernprozess zum Forschungsprozess und zum methodologischen Vorgehen

Die Verfassung einer Literaturübersicht war für die Autorin anspruchsvoll, weil sie nie zuvor eine derartige Arbeit geschrieben hatte. Darum musste sie sich zuerst mit dem Forschungsprozess vertraut machen. Anschliessend begann sie mit der Themensuche. Da sie sich für so viele Gebiete der Pflege interessiert, hatte sie Mühe, sich zu entscheiden. Schlussendlich basierte ihr Entschluss auf einem Erlebnis in der Praxis, das weiter vorne beschrieben wurde.

Sie suchte Literatur, hatte E-Mail-Kontakt zu mehreren Fachleuten und erkundigte sich auf zwei IPS nach ihrer Handhabung der Kinderbesuche, bevor sie aus dieser Informationssammlung eine Fragestellung ableitete. Die Autorin suchte nun nach geeigneten Studien, wobei sie merkte, dass die Anzahl der vorhandenen Artikel, die sie mittels verschiedenen elektronischen Datenbanken suchte, nicht ein sehr grosses Ausmass annehmen würde. Jedoch schien das aktuelle Angebot zu reichen. Nach einer anstrengenden Zeit der Bearbeitung, Zusammenfassung und Beurteilung der gefundenen Publikationen, die sich als die schwierigste Periode der ganzen Arbeit erwies, wurde der Autorin bewusst, dass sie die Jahresbeschränkung lockern musste, da sie sonst zu wenig Artikel hatte. Darum erweiterte sie die Grenze bis ins Jahr 1993 zurück und fand zusätzliche Studien. So konnte sie die Anzahl auf elf erhöhen. Jedoch stellte sich heraus, dass eine dieser Studien eine Review war, welche eine ähnliche Fragestellung aufwies wie die Autorin formuliert hatte. Aufgrund dessen wurde dieser Artikel ausgeschlossen sowie Argumente gesucht, die ihre Literaturübersicht trotzdem nützlich präsentieren liessen. Dies wie auch die Verfassung der Methodologie, Diskussion und Schlussfolgerung verlangte eine ausgesprochene Interpretations- und Argumentationsgabe, welche im Verlauf der Arbeit weiterentwickelt werden konnte. Zudem war die Erstellung dieser Review eine lehrreiche Erfahrung im Bereich der Forschung, welche für die zukünftige Tätigkeit der Autorin von grossem Nutzen sein wird, weil die evidenzbasierte Pflege immer mehr an Bedeutung gewinnt.

6) Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel der Arbeit werden die wichtigsten Aspekte auf einen Punkt gebracht. Nach der Beantwortung der Fragestellung folgen die Empfehlungen für die Praxis und zum Schluss der aktuelle Forschungsbedarf.

6.1) Beantwortung der Fragestellung

Die Forschungsergebnisse der zehn bearbeiteten Studien schlagen verschiedene pflegerische Interventionen vor, welche Kinder, die ihre Angehörigen auf der IPS besuchen, bedürfnis- und entwicklungsgerecht unterstützen. Eine der zentralen Massnahmen beinhaltet die adäquate Informationsgabe und emotionale Unterstützung der Kinder, wobei der einfühlsame Beziehungsaufbau, die niveauangepasste Sprache, die wahrheitsgetreue Beantwortung der Fragen sowie die Ermutigung des Gefühlsausdrucks wichtige Elemente dieser Intervention darstellen. Damit die Erklärungen und Handhabungen einheitlich erfolgen, sind schriftliche Besucherrichtlinien und –regelungen notwendig, an die sich alle Pflegenden halten müssen. Fühlen sie sich bei der Betreuung der besuchenden Kinder unsicher und stossen an ihre Grenzen, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kollegen der Pädiatrie der Schlüssel zu konstruktiven Ratschlägen und optimaler Hilfeleistung. Zusätzlich können Psychologen oder eine Kinderhilfsgruppe die Kinder in ihrer Situation unterstützen und die Gegebenheiten von einem anderen Blickwinkel betrachten. Um jedoch herauszufinden, was die Kinder brauchen, müssen diese von den Pflegenden individuell eingeschätzt werden. Ihr Verhalten wird stets von vielen Faktoren beeinflusst. Deshalb ist der Einbezug der Angehörigen für die Entscheidungsfindung, ob die Kinder bereit sind die schwerkranke Person zu sehen, unausweichlich, weil sie diese am besten kennen.

In jedem Fall sollten ihnen aber Spiel- und Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden, damit ihre individuellen Bedürfnisse abgedeckt werden können. Kinderbücher und andere Spielzeuge können zudem auch als Hilfsmittel zur Informationsvermittlung dienen.

Bei der Ausführung aller Interventionen ist eine gemeinsame professionelle Haltung im Pflgeteam erforderlich, womit Ordnung und Vereinheitlichung geschaffen wird. Dabei sollte die im Krankenhaus gelebte Philosophie berücksichtigt und der interprofessionelle Austausch gefördert werden. Damit die Pflegeinterventionen überhaupt den Bedürfnissen und der Entwicklung der besuchenden Kinder angepasst erfolgen können, müssen die vorhandenen Wissenslücken mit themenspezifischen Bildungsangeboten und schriftlichen Informationen für die Pflegenden beseitigt werden.

6.2) Empfehlungen für die Praxis

In Anbetracht der momentanen Situation in der Praxis, die nicht nur auf internationaler, sondern auch auf nationaler Ebene viele unterschiedliche Ansichten der Betreuung von besuchenden Kindern auf einer Erwachsenen-IPS aufweist, sind als erstes Veränderungen bezüglich den bestehenden Überzeugungen, Haltungen und Vermutungen der Pflegenden zu dieser Problematik notwendig (Clarke, 2000; Vint, 2005; Knutsson & Bergbom, 2007b). Dafür müssten alle Pflegenden anhand einer obligatorischen Weiterbildung zum Thema „Kinder als Besucher auf der IPS“ motiviert werden, über die aktuelle Praxissituation zu reflektieren und Schwierigkeiten bzw. Unsicherheiten zu äussern. Entsprechend ihren bestehenden Wissenslücken muss dann die Informationsvermittlung gestaltet werden, die verschiedene Kompetenzbereiche abdeckt. Zum einen soll den Pflegenden mittels Entwicklungstheorien das nötige Fachwissen zur Entwicklung des Kindes und dessen Bedürfnisse überbracht werden (Gnass, 2006), das in einem nächsten Schritt mit konkreten Praxisbeispielen verknüpft wird. Sie sind jedoch auch auf die adäquate Kommunikation mit Kindern zu sensibilisieren, um diesen wichtige Gesprächsmöglichkeiten und eine niveauangepasste Informationsgabe bieten zu können (Gnass, 2006). Letztere sollte vor, während und nach dem Besuch gewährleistet sein (Blot et al., 2007), damit die Aufklärung bedürfnisgerecht erfolgt und vorhandene Fragen zu jeder Zeit beantwortet werden können. Dazu wären Rollenspiele sinnvoll, wodurch das Gelernte auch praktisch geübt werden kann.

Zum anderen sollen ebenso Leitungspositionen in die Weiterbildung miteinbezogen werden, die auf struktureller Ebene erforderliche Änderungen vornehmen könnten. Diese würden beispielsweise die Erstellung von Besucherrichtlinien oder die Einrichtung einer kinderfreundlichen Spielecke beinhalten. Ebenso wäre die Gestaltung eines Informationsordners mit forschungsbasierten Angaben für die Pflegenden, wie auch die interdisziplinäre Unterstützung von Fachpersonen der Pädiatrie nützlich, um sich auf einen Kinderbesuch vorzubereiten. Ein schriftlich festgelegter Betreuungsprozess, wie dieser von Blot et al. (2007), würde die Handhabung zusätzlich noch vereinheitlichen (Anhang D). Weiter sollte zusammen mit allen beteiligten Fachpersonen eine einheitliche Haltung zu den Kinderbesuchen festgelegt werden, damit diese in der ganzen Institution gleich vertreten wird (Gnass, 2006).

Eine professionelle Betreuung von Kindern, die Angehörige auf der Erwachsenen-IPS besuchen, ist demzufolge eine komplexe Angelegenheit, welche von allen Pflegenden und der ganzen Institution überdacht werden muss. Damit die erforderlichen Änderungen in Zukunft auch Nachhaltigkeit zeigen und die Pflegequalität Schritt für Schritt verbessert werden kann, ist der Einbezug von signifikanten Forschungsergebnissen unerlässlich. In welchen spezifischen

Bereichen noch unbedingt Erhebungen notwendig sind, wird im anschliessenden Unterkapitel dargelegt.

6.3) Forschungsbedarf

Die momentan veröffentlichten Forschungsartikel zur vorgelegten Problematik sind, wie schon zuvor erwähnt, gering vorhanden. Zudem weisen viele nur eine kleine Stichprobe auf, weshalb die Aussagekraft der Ergebnisse nicht optimal ist. Aufgrund dessen sind zukünftig dringend Studien nötig, welche eine grössere Stichprobe erfassen, die je nach ethischen Möglichkeiten randomisiert kontrolliert zusammengestellt wird. So könnten die bis anhin vorgeschlagenen Pflegeinterventionen durch eine Interventions- und Kontrollgruppe getestet und aussagekräftige Resultate erlangt werden. Diese sollten unter anderem die effektivsten Strategien für die Besuchsvorbereitung darlegen und zeigen, inwiefern die Interventionen zu Belastungsminderungen bzw. -steigerungen bei den Kindern führen. Weiter sollten die Langzeitfolgen für die besuchenden Kinder erforscht werden, weil noch wenig darüber bekannt ist. Dafür müssten einige Zeit nach dem Besuch die Erfahrungen der Eltern oder Begleitpersonen und den Kindern selbst erfragt werden.

7) Danksagung

An dieser Stelle möchte ich ganz herzlich all jenen Personen danken, die mich bei meiner Arbeit mit Rat und Tat sowie konstruktiven Feedbacks unterstützt haben.

Ich bedanke mich bei Herrn Ewald Schorro, der mich während der ganzen Vorbereitungs- und Erfassungsphase über ein Jahr lang begleitet hat, so dass meine ersten Erfahrungen im Bereich der Forschung in Form einer Literaturübersicht festgehalten werden konnten.

Ausserdem spreche ich meiner Schwester einen grossen Dank aus, die meine Arbeit aufmerksam und sorgfältig korrigiert hatte.

8) Literaturverzeichnis

- Anderson, D.M., Elliott, M.A., Keith, J. & Novak, P.D. (Hrsg.). (2007). *Dorland's Medical Dictionary for Health Consumers*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Astington, J.W. (2000). *Wie Kinder das Denken entdecken*. München; Basel: Reinhardt.
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Bern: Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Blot, F., Foubert, A., Kervarrec, C., Laversa, N., Lemens, C., Minet, M., Petetin, O., Raynard, B., Wolff, F., Delmas, V., Fourrel de Frettes, M.-A., Lacaze, M., Marchand, V., Méquio, C., Rhié, K., Rousseau, I., Rivet, E., Estphan, G., Lavergne, S. & Nitenberg, G. (2007). Les enfants peuvent-ils venir visiter leurs parents hospitalisés en réanimation oncohématologique? *Bulletin du Cancer*, 94 (7), 727-33.
- Clarke, C. (2000). Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 330-38.
- Clarke, C. & Harrison, D. (2001). The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 61-8.
- Erikson, E. (2008). *Identität und Lebenszyklus* (21. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fairburn, K. (1994). Nurses' attitudes to visiting in coronary care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10 (3), 224-33.
- Franke, A. *Bachelorarbeit*. (2008, 10. April). [E-mail an Sabrina Kon]. [online], sabrina.kon@bluewin.ch.
- Gehring, M., Kean, S., Hackmann, M. & Büscher, A. (Hrsg.). (2001). *Familienbezogene Pflege*. Bern: Huber.

- Gnass, I. (2006). Kinder als Besucher in Erwachsenenintensivstationen – Literaturstudie: Gezielte Interventionen unterstützen Bewältigungsarbeit. *Pflegezeitschrift*, 59 (7), 405-9.
- Grädel, B. *Bachelorarbeit*. (2008, 5. Mai). [E-mail an Sabrina Kon]. [online], sabrina.kon@bluewin.ch
- Johnson, D.L. (1994). Preparing children for visiting parents in the adult ICU. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13 (3), 152-65.
- Knutsson, S.E. & Bergbom, I.L. (2007a). Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (2), 362-71.
- Knutsson, S.E. & Bergbom, I.L. (2007b). Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *Nursing in Critical Care*, 12 (2), 64-73.
- Knutsson, S.E., Otterberg, C.L. & Bergbom, I.L. (2004). Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 264-74.
- Knutsson, S.E., Pramling Samuelsson, I.P., Hellström, A.L. & Bergbom, I.L. (2008). Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (2), 154-62.
- Largo, R.H. (2009). *Kinderjahr – Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung* (17. Aufl.). München: Piper
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München / Jena: Urban & Fischer.
- Mensdorf, B. (2001). Der Spagat zwischen Hightech und Menschlichkeit. *Pflegezeitschrift*, 54 (1), 17-8.
- Metzing, S. & Osarek, J. (2000). Besuchsregelungen auf Intensivstationen. *Pflege*, (13), 242-52.

- Meyers Lexikonverlag. (2007a). *Angehörige*. [Website]. Verfügbar unter: <http://lexikon.meyers.de/meyers/Angeh%C3%B6rige> [Zugriff am 3. Mai 2008].
- Meyers Lexikonverlag. (2007b). *Bedürfnis*. [Website]. Verfügbar unter: <http://lexikon.meyers.de/meyers/Bed%C3%BCrfnis> [Zugriff am 3. April 2008].
- Meyers Lexikonverlag. (2007c). *Entwicklung*. [Website]. Verfügbar unter: <http://lexikon.meyers.de/meyers/Entwicklung> [Zugriff am 3. Mai 2008].
- Meyers Lexikonverlag. (2007d). *Intensivmedizin*. [Website]. Verfügbar unter: <http://lexikon.meyers.de/meyers/Intensivmedizin> [Zugriff am 3. Mai 2008].
- Meyers Lexikonverlag. (2007e). *Kind*. [Website]. Verfügbar unter: <http://lexikon.meyers.de/meyers/Kind> [Zugriff am 3. Mai 2008].
- Moesmand, A. & Kjøllesdal, A. (2002). *Pflege von Akutkranken* (1. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (2004). *Die Psychologie des Kindes*. (9. akt. Auflage). München: DTV.
- Pierce, B. (1998). Children visiting in the adult ICU: A facilitated approach. *Critical Care Nurse*, 18 (2), 85-90.
- Plowright, C. (1996). Revisiting visiting in intensive therapy units. *Intensive and Critical Care Nursing*, (12), 231-38.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Schwachulla, W. (Hrsg.) (2007). *Der Brockhaus: in einem Band* (12. überarb. Aufl.). Leipzig; Mannheim: Brockhaus
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer [SBK]. (2004). *Pflegende und Forschung: Ethische Grundsätze*. Bern: SBK.

Universität Duisburg Essen (2009). *Übersicht über die vier Stufen der Entwicklung*. [Website].

Verfügbar unter: http://www.edit.uni-essen.de/lp/kognitiv/piaget_stufen3.jpg. [Zugriff am 10. Juni 2009].

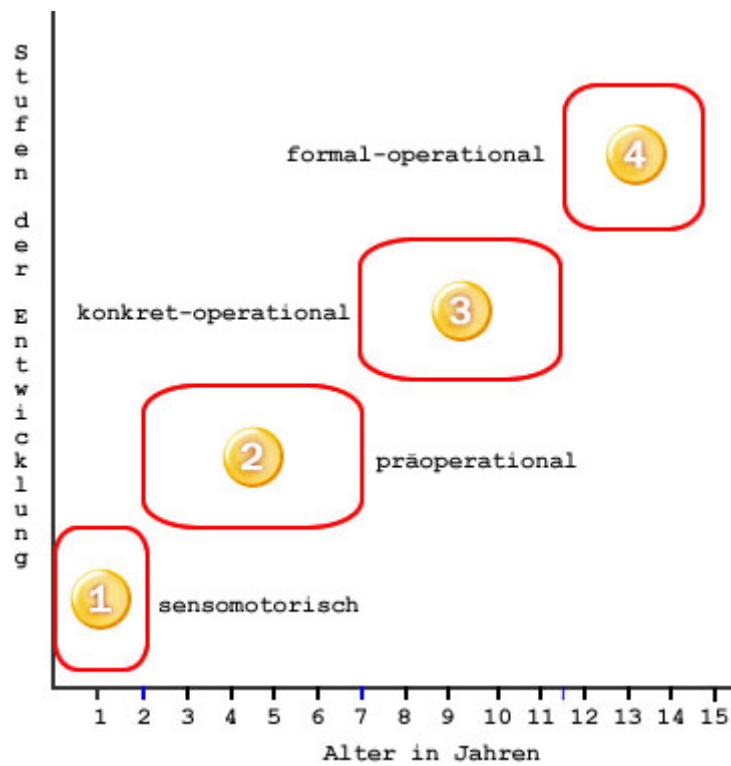
Vint, P. (2005). An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 149-59.

Von Arx, F. *Bachelorarbeit*. (2008, 11. April). [E-mail an Sabrina Kon]. [online], sabrina.kon@bluewin.ch.

Wörterbuch Babylon. (2009). *Jugend*. [Website]. Verfügbar unter: <http://woerterbuch.babylon.com/Jugend>. [Zugriff am 1. Juni 2009].

Wright, L. & Leahey, M. (2000). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: Davis.

Anhang A: Übersicht der Entwicklungsstadien nach Piaget



(Universität Duisburg Essen, 2009)

Anhang B: Diagramm der Stufentheorie nach Erikson

Stufenzahl und Alter in Jahren	A Psychosoziale Krise	B Umkreis der Beziehungspersonen	C Elemente der Sozialordnung	D Psychosoziale Modalitäten	E Psychosexuelle Phasen
I) 0 bis 1	Vertrauen gegen Missvertrauen	Mutter	Kosmische Ordnung	Gegeben bekommen Geben	Oral-respiratorisch, sensorisch kinästhetisch (Einverleibungsmodi)
II) 2 bis 3	Autonomie gegen Scham, Zweifel	Eltern	„Gesetz und Ordnung“	Halten (Festhalten) Lassen (Loslassen)	Anal-urethral Muskulär (Retentiv-eliminiierend)
III) 4 bis 5	Initiative gegen Schuldgefühl	Familienzelle	Ideale Leitbilder	Tun (Drauflosgehen) „Tun als ob“ (=Spielen)	Infantil-genital Lokomotorisch (Eindringen, einschliessen)
IV) 6 bis 12	Wertsinn gegen Minderwertigkeitsgefühl	Wohngegend, Schule	Technologische Elemente	Etwas „Richtiges“ machen, etwas mit anderen zusammen machen	Latenzzeit
V) 13 bis 18	Identität gegen Identitätsdiffusion	„Eigene“ Gruppen, „die Anderen“, Führer, Vorbilder	Ideologische Perspektiven	Wer bin ich (wer bin ich nicht) Das Ich in der Gemeinschaft	Pubertät
VI) 19 bis 25	Intimität, Solidarität gegen Isolierung	Freunde, sexuelle Partner, Rivalen, Mitarbeiter	Arbeits- und Rivalitätsordnungen	Sich im anderen verlieren und finden	Genitalität
VII) 26 bis 40	Generativität gegen Selbstabsorption	Gemeinsame Arbeit, Zusammenleben in der Ehe	Zeitströmungen in Erziehung und Tradition	Schaffen Versorgen	
VIII) 41 und mehr	Integrität gegen Verzweiflung	„Die Menschheit“, „Menschen meiner Art“	Weisheit	Sein, was man geworden ist; wissen, dass man einmal nicht mehr sein wird	

(Erikson, 2008)

Anhang C: Familienzentrierte Pflege

Die familienzentrierte Pflege basiert auf dem „Calgary Family Assessment-Modell“ sowie dem „Calgary Family Intervention-Modell“, die von den amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen Wright und Leahey entwickelt wurden. Sie schufen damit die Grundlage, um Familiensituationen systematisch erheben zu können (Gehring et al., 2001).

Folgende Interventionen sind für die familienzentrierte Pflege von besonderer Bedeutung:

- Darlegung und Anerkennung der Stärken innerhalb der Familien
- Anbietung von Informationen und Unterstützung
- Anerkennung von emotionalen Reaktionen
- Ermutigung, ihre Leidensgeschichten zu erzählen
- Vermittlung einer kontinuierlichen Unterstützung
- Ermutigung und Unterstützung der Familie, Pflegetätigkeiten selber auszuführen
- Empfehlung von Ruhezeiten

(Wright & Leahey, 2000)

Anhang D: Betreuungsprozess der besuchenden Kinder

Dies ist eine Übersetzung der Autorin von der französischen Originalversion ins Deutsche, weshalb Fehler nicht auszuschliessen sind.

1. Identifikation der Patienten, die erreichbare Kinder (oder Enkelkinder) haben, welche sie besuchen kommen könnten.
2. Vorschlag an den Patienten, an den gesunden Elternteil oder an den Angehörigen das Kind ins Krankenhaus zu bringen. Vernünftige Erklärungen.
3. Erste Erklärungen, die den Kindern von ihren Eltern übermittelt werden, bevor sie ins Krankenhaus kommen: Diagnose, Prognose, Kontext der IPS.
4. Betreuung des Kindes im Pausenraum, in Anwesenheit des begleitenden Elternteils, durch ein Binom Pflegende-Arzt. Neue Erklärungen (Aspekt des kranken Elternteils, Apparaturen, etc.).
5. Begleitung im Zimmer. Erklärungen. Das Kind wird schrittweise mit seinen Eltern alleine gelassen, in der Intimität der Familie.

(Blot et al., 2007)

Anhang E: Tabelle der gefundenen Studien

Kombination der Suchbegriffe	Limiten	Treffer	Bearbeitete Studien	Ausgewählte Studien
Children as visitors in adult intensive care unit	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 6 bis 12 Jahre - Sprachen: Deutsch (D), Französisch (F), Englisch (E), Spanisch (S)	22	14	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Knutsson & Bergbom (2007b), Gnass (2006), Vint (2005), Knutsson et al. (2004), Clarke (2000), Plowright (1996), Fairburn (1994)
Children as visitors in adult intensive care unit	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 0 bis 18 Jahre - Sprachen: D, F, E, S	24	14	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Knutsson & Bergbom (2007b), Gnass (2006), Vint (2005), Knutsson et al. (2004), Clarke (2000), Plowright (1996), Fairburn (1994)
Adult intensive care unit, children, visiting	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 6 bis 12 Jahre - Sprachen: D, F, E, S	14	13	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Knutsson & Bergbom (2007b), Vint (2005), Knutsson et al. (2004), Clarke (2000), Plowright (1996), Fairburn (1994)
Adult intensive care unit, children, visiting	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 0 bis 18 Jahre - Sprachen: D, F, E, S	15	13	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Knutsson & Bergbom (2007b), Vint (2005), Knutsson et al. (2004), Clarke (2000), Plowright (1996), Fairburn (1994)
Children visiting relatives, adult intensive care unit	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 6 bis 12 Jahre - Sprachen: D, F, E, S	13	12	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Knutsson & Bergbom (2007b), Vint (2005), Knutsson et al. (2004), Clarke (2000), Fairburn (1994)
Children visiting relatives, adult intensive care unit	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 0 bis 18 Jahre - Sprachen: D, F, E, S	14	12	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Knutsson & Bergbom (2007b), Vint (2005), Knutsson et al. (2004), Clarke (2000), Fairburn (1994)
Adult intensive care unit, children, visiting, relatives, needs	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 6 bis 12 Jahre oder 0 bis 18 Jahre - Sprachen: D, F, E, S	8	7	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Vint (2005), Knutsson et al. (2004), Clarke (2000)
Children visiting relatives, adult intensive care unit, support	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 6 bis 12 Jahre - Sprachen: D, F, E, S	6	6	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Vint (2005), Clarke (2000)
Children visiting relatives, adult intensive care unit, support	- 1993 bis 2009 - Nur Nursing Journals - 0 bis 18 Jahre - Sprachen: D, F, E, S	7	6	Knutsson et al. (2008), Knutsson & Bergbom (2007a), Vint (2005), Clarke (2000)

Da nur die Limiten 6 bis 12 bzw. 0 bis 18 Jahre gesetzt werden konnten, hat die Autorin beide Varianten getestet, um Studien mit der gewünschten Altersgruppe zu finden.

Anhang F: Beurteilungsbogen für systematische Reviews

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|---|--|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? | <i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? | <i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i> |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? | <i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i> |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? | <i>Quellen angegeben?</i> |
| 6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i> |
| 7. Waren die Studien ähnlich? | <i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?</i> |

Aussagekraft

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 8. Was sind die Ergebnisse? | <i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i> |

Anwendbarkeit

- | | |
|---|---|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medicin.uni-biele.de/pflegewissenschaft/index.php/33-351>

V 1.2

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern.

(Behrens & Langer, 2004)

Anhang G: Beurteilungsbogen für qualitative Studien

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? *Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? *z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? *Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? *Wie erfolgte die Auswahl?*

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? *Auch die Perspektive des Forschers?*

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? *Methode der Datensammlung?*

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? *Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? *Wenn nein: warum nicht?*

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? *Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? *Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medicin.uni-biele.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern.

(Behrens & Langer, 2004)

Anhang H: Beurteilungsbogen für Interventionsstudien

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? *Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?*
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? *Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?*
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? *Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?*
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? *Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?*
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? *Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?*
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? *Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe?*
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? *Power?*
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? *z. B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?*
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? *p-Wert?*
11. Wie präzise sind die Ergebnisse? *Konfidenzintervalle?*

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? *Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? *Nebenwirkungen? Compliance?*
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? *Kostenanalyse?*

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medin.uni-biele.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V 1.5

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern.

(Behrens & Langer, 2004)

Anhang I: Beurlungsbogen für quantitative Forschungen

Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

Darstellung des Problems und des Ziels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie? 2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar? 3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich? 4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers? 	
Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen. 2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus? 3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen? 4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an. 5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? 	
Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert? 2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie? 3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage? 4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen? 5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese? 6. Sind die Hypothesen überprüfbar? 	

Stichprobe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt? 2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet? 3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist? 4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet? 5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Forschungs-design	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Design wird in der Studie verwendet? 2. Wie wird das Design begründet? 3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf? 	
Interne Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie. 2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen? 	
Externe Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Methoden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt? 2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich? 	
Rechtlich-ethische Probleme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt? 2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde? 	
Instrumente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physiologische Messungen <ol style="list-style-type: none"> a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen? 2. Beobachtungsmethoden <ol style="list-style-type: none"> a) Wer führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat? 3. Interviews <ol style="list-style-type: none"> a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? 	

	<p>4. Fragebögen</p> <p>a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</p> <p>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht?</p> <p>b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	
Reliabilität und Validität	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	
Datenanalyse	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien?</p> <p>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</p> <p>b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</p> <p>c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</p>	
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	

Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben? 2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen? 3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden? 4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt? 5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar? 6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden? 7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? 	
---	--	--

(LoBiondo-Wood & Haber, 2005)

Anhang J: Stufen der Evidenz



1a	Systematische Literaturübersicht/ Meta-Analyse von randomisiert kontrollierten Studien (RCT = randomized controlled trial)
1b	Einzelne RCT
2a	Systematische Literaturübersicht/ Meta-Analyse von Kohortenstudien
2b	Einzelne Kohortenstudien (KHS)
3a	Systematische Literaturübersicht/ Meta-Analyse von Fall-Kontroll-Studien
3b	Einzelne Fall-Kontroll-Studien (FKS)
4	Fallserien und qual. Mindere KHS & FKS
5	Expertenmeinungen

(Behrens & Langer, 2006)

Anhang K: Überblick der ausgewählten Studien

Autor, Jahr	Titel	Design	Datenquelle
Vint, P. (2005)	An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU	Deskriptive Studie	46 Erwachsenen-IPS bzw. Stationsleiterinnen
Knutsson, SE., Otterber, CL. & Berbm, IL. (2004)	Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations	Deskriptive Studie	56 Stationsleiterinnen von schwedischen Erwachsenen-IPS
Knutsson, SE. & Berbm, IL. (2007)	Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs	Deskriptive Studie	291 Pflegefachpersonen und Ärzte
Knutsson, SE., Pramling Samuelsson IP., Hellström, AL. & Bergbm, IL. (2007)	Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit	Qualitative Studie mit hermeneutischem Ansatz	28 Kinder zwischen 4 und 17 Jahren
Clarke, CM. (2000)	Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective	Phänomenologie	12 Pflegefachpersonen
Knutsson, SE. & Bergbm, IL. (2007)	Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearst being cared for at an adult intensive care unit	Deskriptive Studie	30 Betreuer/Elternteile mit je einem ihrer Kinder
Gnass, I. (2006)	Kinder als Besucher in Erwachsenenintensivstationen – Literaturstudie: Gezielte Interventionen unterstützen Bewältigungsarbeit	Literaturübersicht	Einbezug von 16 Publikationen
Blot, F., Foubert, A., Keravarred Laversa, N., Lemens, C., Minet, Petetin, O., Raynard, B., Wolff, Delmas, V., Fourrel de Frettes, MA., Lacaze, M., Marchand, V., Méquio, C., Rhié, K., Rousseau Rivet, E., Moreau, D., Estphan, Lavergne, S. & Nitenberg, G. (2007)	Les enfants peuvent-ils venir visiter leurs parents hospitalisés en réanimation oncohématologique?	Prospektive Studie/Interventionsstudie	50 Pflegenden, 50 Patienten und 100 Familienangehörige, sprich 200 Personen
Plowright, C. (1996)	Revisiting visiting in intensive therapy units	Deskriptive Studie	50 Pflegenden
Fairburn, K. (1994)	Nurses' attitudes to visiting in coronary care units	Deskriptive Studie	14 Pflegenden

Anhang L: Zusammenfassungen der Studien

1. Vint, PE. (2005). An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(3), 149-59.

Fragestellung/Ziel	Design/Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/Schlussfolgerungen/ Ethik/Evidenzlevel	Stärken/Schwächen/ Punktezah der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
<ol style="list-style-type: none"> 1. Überprüfung der Anzahl Erwachsenenintensivstationen, die Richtlinien über Patientenbesuche durch Kinder hatten 2. Ermittlung der Informationen, die die Besucher bezüglich der Kinder erhielten, und Erkundung der Kinder, welche diesen Menschen besuchen wollten 3. Ermittlung der Ressourcen der Abteilung und/oder der Institution, die für die Pflegenden erreichbar waren, um Kinder zu unterstützen, die eine erwachsene Person auf der IPS besuchten. 4. Überprüfung, ob bzw. welche pädagogische Unterstützung für die IPS-Pflegenden angeboten wurde 5. Erforschung der Einschränkungen der vorliegenden Kinderbesuche 	<p><u>Design:</u> Deskriptive Studie</p> <p><u>Setting:</u> Allgemeine und herzchirurgische Erwachsenenintensivstationen in Grossbritannien.</p> <p><u>Stichprobe:</u> Die Antworten von 46 Stationsleiterinnen von Intensivstationen wurden in die Studie miteinbezogen. Eingeschlossen wurden nur jene Abteilungen, welche ausschliesslich erwachsene Patienten betreuten.</p>	<p>Die Daten wurden mit Hilfe eines quantitativen Fragebogens, welcher hauptsächlich geschlossene Fragen beinhaltete, durchgeführt. Bevor dieser Fragebogen per Post an die verschiedenen Intensivstationen verschickt wurde, wurde er durch sechs gleichgestellte Intensivpflegedozenten auf seine Validität überprüft und anschliessend anhand einer Pilotgruppe auf seine Reliabilität getestet.</p> <p>Zur Auswertung des Fragebogens wurde die Methode der deskriptiven Statistikanalyse von Clegg verwendet. Die Daten wurden mit Hilfe des Microsoft Exels zusammengetragen. Um die Antworten auf die offenen Komponenten der Fragen zu quantifizieren, zu unterscheiden und zu thematisieren, wurde die Inhaltsanalyse nach Burns und Grove vorgenommen.</p>	<p>Nur gerade 3 der 46 Abteilungen besaßen einen Ordner mit Informationen für Pflegende über Kinder und deren Bedürfnisse (entsprechend ihrer Entwicklungsstufe), wenn sie eine sich in gesundheitskritischem Zustand befindende, erwachsene Person besuchen. Die Mehrheit der anderen Stationen antwortete jedoch, dass sie von diesem Angebot profitieren könnte.</p> <p>Bei der Hälfte der Abteilungen war eine diplomierte Pflegefachperson aus dem Bereich Pädiatrie auf der IPS oder zumindest in der Institution erreichbar, welche den IPS-Pflegenden Ratschläge geben und/oder sie bei der Begleitung von besuchenden Kindern unterstützen konnte. 28 der befragten Teilnehmerinnen (61%) antworteten, dass sich während des vergangenen Jahres auf ihrer Station mindestens ein „gesunder“ Elternteil dagegen entschied, sein Kind die schwerkranke Person besuchen zu lassen. Der meist genannte Grund war, dass es für die Kinder zu erschütternd und schlimm wäre. Nur in einem Fall wurde das Kind in die Entscheidung miteinbezogen, die hospitalisierte Person nicht zu besuchen. Der meist genannte Grund für eine negative Entscheidung war das Risiko einer Infektion des Patienten oder aber des Kindes. Knapp über die Hälfte der Befragten meinten, dass das grösste Infektionsrisiko dann sei, wenn Kinder unter sechs Monate alt seien. Die Mehrheit der befragten Stationsleiterinnen hatte jedoch selber noch nie einem Kind den Besuch seines angehörigen Menschen verboten. 21 Teilnehmerinnen waren der Meinung, der „gesunde“ Elternteil solle zusammen mit dem Kind entscheiden, ob ein Besuch angebracht sei oder nicht.</p> <p>34 Intensivstationen stellten keine Spielecke oder ähnliches zur Verfügung. Alle ausser einer Stationsleiterin bestätigten, ihr Pflegepersonal hätte bis anhin keine Bildung in Zusammenhang mit der Unterstützung von Kindern als Besucher auf der Intensivstation erhalten.</p> <p>39 der Abteilungen besaßen ausserdem keine Richtlinien zu diesem Thema. Nur gerade bei 5 Stationen waren die Besuche der Kinder geregelt, wobei bei vierten nichts Schriftliches vorhanden war. Bei der anderen Abteilung lag ein Informationsordner im Besucherraum.</p> <p>Auf einer Station nahmen die Pflegenden zum Beispiel Teddybären und Bandagen zur Hilfe, um den kleinen Kindern die Situation zu erklären.</p> <p>43 der 46 Intensivstationen boten den Besuchern schriftliche Informationen an, wobei nur 13 den Besuch der Kinder in diese miteinbezogen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Richtlinien • Mangel an kohärenten Plänen → Mangel an Unterstützung und/oder Verwirrung oder Missverständnisse • Mangel an schriftlichen Informationen für das IPS-Team • Nur wenn das Wissen erworben und angepasst ist, kann das Denken und Verhalten des Berufes und der individuellen Pflegenden geleitet werden. • Informationsbroschüren zur Infektionsgefahr würden allen Besuchern von Nutzen sein. • Kinder werden häufig als unsichtbar und ausgeschlossen wahrgenommen, wenn es um den Decision-making-Prozess geht, was diese direkt affektiv angreift. • Pflegende brauchen Zeit, um über die aktuelle Lage zu reflektieren • Bildung ist wichtig • Beschaffung von Spielzeugen • Zusammenarbeit mit Arbeitskollegen (Pädiatrie, Spieltherapeuten) • Strukturierte Förderung, Supervision, emotionale Unterstützung • Zustimmung von Multi-Research-Komitee • Anonymität, Vertraulichkeit • Informierte Zustimmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen → Population • Validität und Reliabilität getestet • Informierte Zustimmung erfragt • Anonymität und Vertrauen gewährleistet • Kleine Stichprobe, aber relevante Population • Stichprobenstrategie gut: Bei Nicht-Antworten nachgehakt • Da Fragebogen, keine Emotionen sichtbar wie bei Interview • Da Fragebogen anonym, keine Nachfragungen mehr möglich • Kostenfrage <p><u>Punktezah:</u> 11</p> <p><u>Evidenzlevel:</u> 4</p>

2. Knutsson, S.E., Otterberg, C.L. & Bergbom, I.L. (2004). Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20 (5), 264-74.

Fragestellung/Ziel	Design/Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/Schlussfolgerungen/ Ethik	Stärken/Schwächen/ Punktezah der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
<ul style="list-style-type: none"> Regeln/Richtlinien oder Empfehlungen zu Kinderbesuchen überprüfen Häufigkeit der Kinderbesuche testen Argumente für und gegen Besuchs-einschränkungen Überprüfen, welche Ratschläge den Eltern gegeben werden Testen, ob Unterschiede in der Handhabung der Besuche mit dem Alter, Geschlecht, Krankenhaustyp bzw. der geografischen Lage zusammenhängen 	<p><u>Design:</u> Deskriptive Studie</p> <p><u>Setting:</u> Allgemeine Erwachsenen-IPS in Schweden</p> <p><u>Stichprobe:</u> 56 Stationsleiterinnen</p>	<p>Die Daten wurden anhand eines von den Autoren selber zusammengestellten Fragebogens gesammelt. Dieser Fragebogen enthielt 20 Fragen, welche auf einer vorherigen Recherche sowie auf den Erfahrungen der Autoren basierten. Die Inhaltsvalidität war dadurch erreicht, dass die Verfasser das Wissen zu diesem Thema haben. Um die Reliabilität zu überprüfen, wurde eine Pilotstudie durchgeführt. Der Reliabilitätskoeffizient betrug 0.92, was laut Polit et al. (2001) hoch ist. Die Fragebögen sollten innert zwei Wochen wieder zurückgeschickt werden. Anschliessend wurden die Daten anhand von Polit et al (2001) analysiert.</p>	<p>39 von den 56 teilnehmenden Stationsleiterinnen behaupteten, uneingeschränkte Besuchszeiten zu haben, während die restlichen 17 zugaben, gewisse Einschränkungen einzuhalten. 16 Befragte gaben an, nur verbale Richtlinien bzw. Regelungen zu benutzen. Nur eine Person erwiderte, dass auf ihrer Abteilung schriftliche sowie mündliche Richtlinien bzw. Regelungen gängig seien. Das heisst, dass auf 39 Stationen keine Form von Richtlinien bzw. Regelungen bestanden.</p> <p>Auf sieben Abteilungen wurden den Kindern vor, während und nach dem Besuch ihrer Angehörigen Informationen abgegeben. Diese sollten Erklärungen zu den technischen Geräten, dem Milieu, dem Zustand und der äusserlichen Erscheinung des Patienten beinhalten. Weiter sollten die Kinder aufgeklärt werden, in wie weit die schwerkranke Person noch reden, hören und verstehen konnte.</p> <p>Nach einigen Teilnehmenden sei in den Richtlinien bzw. Regelungen auch festgehalten, wie auf Kinderfragen geantwortet und mit ihnen altersgerecht gesprochen werden soll.</p> <p>Zwei Spitäler im Süden Schwedens waren nach Angaben der befragten Personen in der Förderung von Kinderbesuchen sehr aktiv. Auf 18 Abteilungen wurde bei der Entscheidung, ob ein Kind zum Besuch zugelassen wurde oder nicht, berücksichtigt, wie nahe die Beziehung zum Patienten war, wie es um den Zustand der kranken Person stand und welches Alter das besuchende Kind hatte.</p> <p>Alle 56 Befragten gaben zur Antwort, dass ihre Station positiv eingestellt sei, was Kinderbesuche betreffe. Diese Besuche zogen jedoch einige Einschränkungen mit sich. Fast die Hälfte nannte die Infektionsgefahr auf Patienten- und Kinderseite, während gut ein Fünftel den Zustand des Patienten als Grund zur Abratung äusserte. Weitere Gegenargumente waren die furchteinflössende Umgebung, die Patient-Kind-Beziehung sowie der lärmende, unkontrollierte Umgang der Kinder, der das Wohlbefinden des schwerkranken Menschen beeinträchtigen würde.</p> <p>Die Mehrheit der Teilnehmenden meldete, je jünger das Kind sei, desto häufiger würden die Eltern bzw. Erzieher die Pflegenden um Rat fragen. Ausserdem wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden, was die Besuchszeiten und den Zusammenhang zwischen den Richtlinien bzw. Regelungen und der Lokalisierung der Spitäler angeht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Uneingeschränkte Besuchsbedingungen verlangen grössere Verantwortung auf Seite der Eltern wie auch auf Seite des Pflegepersonal bzw. der Ärzte Mit einer altersspezifischen Vorbereitung kann der Besuch eine positive Erfahrung für das Kind wie auch für die Pflegenden sein. Denn nur auf diese Weise kann das Kind die Informationen verstehen und nachvollziehen. Limitierte Kinderbesuche könnten damit begründet sein, dass die nahen Angehörigen mit ihrer eigenen Angst beschäftigt sind, weshalb die Kinder „vergessen“ werden. Aus Sicht der Pflegenden könnten die Gründe Unsicherheit über den Nutzen der Besuche sowie Gefühle von Stress und Missbehagen sein. Da die Pflegenden in der Lage sein müssen, den Eltern Rat und Antwort zu stehen, ist es laut den Autoren wichtig, dass diese Informationen nicht nur erfahrungsgestützt sind, sondern auch auf evidenzbasiertem Wissen beruhen. Leitprinzipien der „World Medical Association's Helsinki Declaration“ Bestätigung von Ethikkomitee 	<ul style="list-style-type: none"> Die Stichprobe ist zwar nicht allzu gross, jedoch haben die Autoren alle 72 allgemeinen Erwachsenen-IPS von Schweden eingeladen, an der Studie teilzunehmen Validität und Reliabilität gesichert (Autoren selbst in diesem Bereich tätig und Pilotgruppe) → Reliabilitätskoeffizient betrug 0.92 (hoch laut Polit et al.) Gute Struktur der Studie (logische Abfolge) Datenanalyse mit adäquaten Instrumenten durchgeführt Selbstkritik in der Diskussion ist angemessen <p><u>Punktezah:</u> 10</p> <p><u>Evidenzlevel:</u> 4</p>

3. Blot, F., Foubert, A., Keravarrec, C., Laversa, N., Lemens, C., Minet, M., Petetin, O., Raynard, B., Wolff, F., Delmas, V., Fourrel de Frettes, MA., Lacaze, M., Marchand, V., Méquio, C., Rhié, K., Rousseau, I., Rivet, E., Moreau, D., Estphan, G., Laverigne, S. & Nitenberg, G. (2007). Les enfants peuvent-ils venir visiter leurs parents hospitalisés en réanimation oncohématologique? *Bulletin du Cancer*, 94(7), 727-33.

Frages- tellung/ Ziel	Design/ Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/ Schlussfolgerungen/ Ethik	Stärken/Schwächen/ Punktezahl der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
Die Studie verfolgte das Ziel, ob es möglich und verantwortbar ist, die Türen einer Reanimationsabteilung den Kindern zum Besuch ihrer Eltern zu öffnen.	<u>Design:</u> Prospektive Studie <u>Setting:</u> Auf onkologische Reanimation spezialisierte IPS in Frankreich <u>Stichprobe:</u> 200 Fragebögen sind dem Pflege- team (50), den Patienten (50) und deren Familien (100) verteilt worden	Es wurden während zwei Monaten dem Pflegeteam, den Patienten und deren Familien insgesamt 200 Fragebögen verteilt. Infolge der positiven Resultate wurde eine neue Empfangs- und Informationspolitik geschaffen. Diese wurde nach zwei Jahren ihrer Einführung in zwei aufeinander folgenden Phasen evaluiert. In der ersten Phase wurden die Pflegenden wie auch die Ärzte über ihre Meinung zur Betreuung der Kinder befragt. Zudem wurden ihre direkte oder indirekte Begleitung bei der Betreuung der Kinder sowie die allgemeinen Gefühle des Teams evaluiert. In der zweiten und letzten Phase wurden während 12 Monaten bei jeder Visite das besuchende Kind, die schwerkranke Person, der begleitende Elternteil und das betreffende Teammitglied befragt. Diese Datenerhebung fand anhand eines mit den spitalinternen Psychologen zusammengestellten Fragebogens statt. Dabei wurden die Hauptcharakteristika, das Alter und das Geschlecht des Kindes, die Beziehung des Kindes zum Patienten, das Wissensniveau bezüglich Diagnose und Krankheitsstadium sowie die Motivationen der Besuche erhoben. Ein unabhängiges Komitee überprüfte jedes zusammengestellte Dossier, bevor die Meinungen der Eltern und Teammitgliedern in zwei Klassen geteilt wurde. Eine Gruppe beinhaltete alle Aussagen, welche die Liberalisierung des Besuchszuganges für Kinder als eher günstig bewertete, während dem der andere Teil diese Tatsache als weniger förderlich sah.	Es waren 84% der Pflegenden, 62% der Patienten und 69% der Familien für die Betreuung der Kinder auf der IPS. Die Kinder wurden ermutigt ihre hospitalisierten Eltern so oft wie möglich zu besuchen. Dabei bestand keine Alterslimite. Der Betreuungsprozess der Kinder sah wie folgt aus: <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation der Patienten, welche Kinder haben, die sie schrittweise sehen kommen könnten. • Vorschlag an den Patienten, den gesunden Elternteil oder an den nahen Angehörigen, das Kind ins Krankenhaus kommen zu lassen. • Erste Erklärungen vom gesunden Elternteil zum Kind, bevor es ins Spital kommt: Diagnose, Prognose und Kontext der Abteilung • Betreuung des Kindes im Pausenraum durch eine Pflegefachperson und einen Arzt mit der Präsenz des gesunden Elternteils (weitere Erklärungen über Aspekte des schwerkranken Elternteils, den Geräten etc.) • Begleitung im Zimmer (Erklärungen), wobei das Kind schrittweise mit seinen Eltern allein gelassen wird. <p>Nach jedem Besuch wurde ein kurzes informelles Debriefing gemacht. Dabei wurde dem Kind und der Begleitperson vorgeschlagen bei der Kinderhilfsgruppe, die von der Abteilung Psychoonkologie gegründet wurde, teilzunehmen.</p> <p>Bei der Evaluation nach zwei Jahren Erfahrung hat die Mehrheit des Teams bestätigt, dass sie sich für die Betreuung der Kinder zur Verfügung stellen und ihnen Erklärungen abgeben würden. Während den 12 Monaten besuchten 52 Kinder 26 kranke Patienten. Ungefähr die Hälfte war über die Diagnose informiert, aber nur ein Drittel war sich dem Schweregrad der Krankheit und dem Sterberisiko bewusst. Die Kinderhilfsgruppe war den wenigsten bekannt. Der Vorschlag des Besuches kam hauptsächlich von den gesunden Elternteilen oder von den Kindern selbst. Diese standen dem Besuch meistens positiv, wenn nicht sogar enthusiastisch gegenüber. Die Betreuung der Kinder erfolgte immer durch eine Pflegefachperson und manchmal sogar assistiert von einem Arzt. In drei Viertel der Fälle wurde während 15 Minuten eine Vorbereitung im Stationszimmer vorgenommen. Die unmittelbaren Reaktionen der Kinder waren weitgehend positiv. Schlussendlich und zusammenfassend waren die gesunden Elternteile und das Pflegeteam überzeugt, dass die Betreuung der Kinder auf der Abteilung nützlich war oder im schlimmsten Fall keine Konsequenzen mit sich brachte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Organisation der Kinderbesuche auf der IPS ist nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Patienten von Nutzen. • Die Studie bezieht nur ein Spital mit einer limitierten Anzahl Teilnehmern mit ein. • Die psychologischen Langzeitfolgen der zugelassenen Kinder sind nicht bekannt. • Bei der Zusammenstellung des Fragebogens wurden keine Raster gebraucht, um die Angst bzw. Depression zu validieren. <p>Das Kind nimmt die Realität der Krankheit unverhinderbar wahr. Daher soll das Kind nicht geschützt werden, indem ihm die Wahrheit verschwiegen wird. Denn das, was es sich vorstellt, ist mindestens gleich traumatisierend wie die Realität. Deshalb ist es die Aufgabe der Pflegenden, die Wahrheit mit den Kindern zu teilen. Diese Transparenz spiegelt eine zukünftige Vertrauensbasis des Kindes in die Erwachsenenwelt wider. Bei einer adäquaten Betreuung und spezifischen Vorbereitung sind die Reaktionen der Kinder in den meisten Fällen positiv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wurden keine Aspekte zur Ethik genannt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genügend grosse Stichprobe: aussagekräftige Ergebnisse • Stichprobe ist heterogen • Die Ergebnisse sind auf andere Patienten bzw. Kinder als Besucher übertragbar und auch mit anderen Forschungsergebnissen im Einklang • Da, diese Studie zur Entscheidung beitragen sollte, ob Kinder gefördert werden, kranke Menschen auf der IPS zu besuchen oder nicht, war der Nutzen daraus die Risiken und Kosten wert • Keine Angaben zur Ethik, jedoch kann man davon ausgehen, dass die informierte Zustimmung eingeholt wurde <p><u>Punktetotal:</u> 11 <u>Evidenzlevel:</u> 3b</p>

4. Knutsson, S.E. & Bergbom, I.L. (2007b). Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *Nursing in Critical Care*, 12(2), 64-73.

Fragestellung/ Ziel	Design/ Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/Schlussfolgerungen/ Ethik	Stärken/Schwächen/ Punktezah der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
<ul style="list-style-type: none"> Gründe für die Einschränkung bzw. die Zulassung von Kinderbesuchen sowie Meinungen und Rücksichtnahmen bzgl. dem Kindesalter und der Beziehung mit dem Patienten Erkundung, ob Kinderbesuche in Zusammenhang mit dem Zustand des Patienten gebracht werden können Erkundung der Informationen, die den Kindern abgegeben werden 	<p><u>Design:</u> Deskriptive Studie</p> <p><u>Setting:</u> 57 der 72 befragten bzw. total vorhandenen allgemeinen Erwachsenenintensivstationen (IPS) in Schweden nahmen an der Studie teil. Dabei wurden alle drei Arten von Spitälern miteinbezogen: Regional-, Landes- und Distriktspitäler.</p> <p><u>Stichprobe:</u> 291 Pflegefachpersonen und Ärzte</p>	<p>Der Fragebogen wurde von den Autoren selbst zusammengestellt, da sie kein validiertes, standardisiertes Instrument gefunden hatten. Das Ziel war ja nicht ein Phänomen zu messen, sondern Gründe und Berücksichtigungen für oder gegen Kinderbesuche zu erfassen. Der Fragebogen basierte auf dem Erfahrungswissen der Forscher wie auch auf den Ergebnissen und Diskussionen vorgehender Studien. Um die Klarheit sowie die Relevanz der Fragen und die Durchführbarkeit der Datensammlung zu testen, wurden drei Stationsleiterinnen (je eine für eine Art Spital) kontaktiert, welche je drei Pflegepersonen und drei Ärzte verschiedenen Alters, Geschlechts und unterschiedlicher IPS-Erfahrung bestimmten, die an dieser Pilotstudie teilnehmen sollten. Die neun Teilnehmer dieses Tests wurden aus der Hauptstudie ausgeschlossen.</p> <p>Nach einigen Anpassungen enthielt der Fragebogen 10 geschlossene und zwei offene Fragen. Dieser wurde dann nach telefonischer Absprache und der informierten Zustimmung der jeweiligen Stationsleiterin bzw. den verschiedenen Abteilungen geschickt. Die Pflegenden, welche an der Studie teilnahmen, konnten den Fragebogen selber zurückschicken, damit die Anonymität gewährleistet war. Die erhaltenen Daten wurden mittels eines Statistikprogramms für soziale Wissenschaften analysiert. Danach wurden die Antworten nach Polit et al. (2001) gruppiert.</p>	<p>Die Mehrheit der Befragten war der Meinung, dass Kinder ihren nahe stehenden Menschen auf der IPS besuchen sollten. Trotzdem schränkten 88% der Teilnehmenden Kinderbesuche ein. Genannte Gründe waren der Schweregrad der Krankheit (50%), das dem Kind Angst machende Umfeld (50%) sowie das Infektionsrisiko für das Kind (36%) und für den Patienten (56%). Zudem waren die Befragten positiver eingestellt zu den Besuchen von über 7jährigen als von unter 7jährigen. Die Pflegefachpersonen hatten zwar eine positivere Einstellung als die Ärzte zu den Besuchen von jüngeren Kindern, jedoch eine negativere, was den Besuch von Kindern anging, wenn der Patient müde oder in kritischem Zustand oder ein Freund bzw. Cousin war. Mehr Ärzte verneinten wiederum Besuche, weil Kinder für das Team zu lärmend wären.</p> <p>Alle Teilnehmenden gaben an, dass die Kinder individuell eingeschätzt werden sollten, da in jeder Situation viele Faktoren in Betracht gezogen werden müssten, jedoch keine fixen Regeln oder Prinzipien dafür bestehen würden. Die Mehrzahl der befragten Personen meinte, die Kinder hätten ein grosses Risiko ein psychisches Trauma zu entwickeln, wenn ihnen nicht erlaubt würde den schwerkranken Menschen zu besuchen. Einige befragte Pflegefachpersonen schrieben ausserdem, dass die Kinder die Wahrheit erfahren sollten, damit sie wüssten, was passiert sei und sie sich keine eigenen Situationen einbilden würden. Dies sei vor allem wichtig, um zukünftige psychische Probleme zu verhindern, die mit Schuldgefühlen, und dem Gefühl verlassen worden zu sein einhergingen. Jedoch gab es auch gegenteilige Antworten, die Alpträume, Stress und Angst der Kinder als vordergründig sahen, wobei andere meinten, traumatische Erfahrungen könnten vermieden werden, indem die Kinder auf den Besuch vorbereitet sowie die Erwachsenen und das Pflegepersonal auf ihre Fragen und Reaktionen antworten würden. Zudem müsse der Patient eine nahe stehende Person für das Kind darstellen, damit ein Besuch erlaubt werden könne. Der Entscheid solle schlussendlich vom Patienten oder der Familie gefällt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Antwortrate sei zufrieden stellend. Einige Befragte betonten die Wünsche der Patienten und die der Kinder, was die Besuche betrifft. Das könnte heissen, dass das Interesse, Kinder mit einzubeziehen, gewachsen ist. Das Wissen ist laut den Autoren nur wenig evidenzbasiert. Daraus folgt, dass beim Vorhandensein von Unsicherheit die Ärzte die Verantwortung tragen und schliesslich auch entscheiden. Die Forschungen zeigen, dass verschiedene Meinungen zu dieser Thematik bestehen. Diese Tatsache bestätigt den Mangel einer integrierten professionellen Haltung dazu. Es existieren keine Studien, die die Risiken oder den Nutzen des Besuches bzw. der Unterlassung oder die Konsequenzen auf die Gesundheit des Kindes langfristig erfasst haben. <p>In der Praxis bestehen verschiedene Ansichten, was die Dynamik im Team kompliziert macht. Dies könnte auf einen Mangel an gemeinsamen Pflegeansichten zurückzuführen sein. Professionelle Haltungen zu Kinderbesuchen und familienzentrierter Pflege müssen deshalb in den Pflegeteams zusammen mit den Leitungspositionen und Ärzten diskutiert werden. Weiter könnten die Pflegenden wie auch die Ärzte das Thema Kinderbesuche und deren Einbezug in die Situation im Team ansprechen und diskutieren, wie das Kind optimal miteinbezogen werden soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> Leitprinzipien der „World Medical Association's Helsinki Declaration“ wurden berücksichtigt. Bestätigung des Ethikkomitees der Universität Informierte Zustimmung 	<ul style="list-style-type: none"> Die Stichprobe ist gross bzw. aussagekräftig Eigene Kritik ist angemessen gewählt Validität und Reliabilität wurden erhoben Autoren haben Fragebogen in Studie eingefügt, so dass er für alle Leser sichtbar ist Die Studie verfolgt ein klares Ziel Logische und gute Struktur der Studie <p><u>Punktezah</u>: 11</p> <p><u>Evidenzlevel</u>: 4</p>

5. Knutsson, S.E., Pramling Samuelsson I.P., Hellström, A.L. & Bergbom, I.L. (2007). Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 154-62.

Fragestellung/ Ziel	Design/ Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/Schlussfolgerungen/ Ethik	Stärken/Schwächen/ Punktezah der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen der Kinder, welche einen schwerkranken Angehörigen auf der IPS besuchten, zu beschreiben.	<p><u>Design:</u> Qualitative Studie mit hermeneutischem Ansatz</p> <p><u>Setting:</u> Vier Erwachsenen-IPS in Schweden</p> <p><u>Stichprobe:</u> 28 Kinder zwischen 4 und 17 Jahren zusammen mit ihren Eltern</p>	<p>Zu Beginn wurden die Eltern der Kinder, welche Angehörige auf der IPS besucht hatten, telefonisch kontaktiert. Sie sollten herausfinden, ob ihre Kleinen interessiert waren, an der Studie teilzunehmen. Die Väter bzw. Mütter wurden vor der Kontaktaufnahme bereits vom IPS-Pflegepersonal über die Forschung aufgeklärt. Die Eltern wie auch das Kind erhielten mündliche und schriftliche Informationen dazu.</p> <p>Das Interview fand, wie von den Teilnehmenden gewünscht, bei ihnen zu Hause statt. Dies wurde anhand der Richtlinien von Doverberg und Pramling Samuelsson mindestens drei Monate nach dem Besuch durchgeführt. Die Kinder sollten nämlich genügend Zeit haben, über die Erfahrungen zu reflektieren. Jede Befragung dauerte zwischen 45 und 60 Minuten. Während dieser Zeit wurde dem Kind gefragt, wie es den Besuch gefunden hatte. Es sollte auch beschreiben, was es gesehen und gefühlt hatte, als es ins Patientenzimmer eintrat. Anschliessend wurden noch Verständnisfragen gestellt, um Unklarheiten zu bereinigen.</p> <p>Der Dialog wurde fortlaufend auf Kassette aufgenommen und später transkribiert. Die Durchführung der Datenanalyse basierte auf den Empfehlungen von Ödeman, Doverborg und Pramling Samuelsson, wobei einige Änderungen vorgenommen wurden. Zwei der Autoren lasen die Erstfassung des Textes mehrmals durch, damit ein einheitliches Verständnis für die Kinderantworten gewonnen werden konnte. Danach wurde aus dem Text ein Dialog erstellt, in dem die Erfahrungen der Kinder vom Besuch bzw. von der Begegnung mit der angehörigen Person auf der Intensivstation so präzise als möglich aufgezeigt wurden. Daraus kristallisierten sich 4 Themen und 12 Unterthemen.</p> <p>Als theoretische Grundlage benutzten die Autoren während des ganzen analytischen Prozesses die hermeneutische Spirale (Vorverständnis – Verständnis – neues Vorverständnis).</p>	<p><i>Dies bedeutete zu warten</i> Nachdem sie geklingelt hatten, mussten die Kinder vor der Türe warten, bis ihnen erlaubt wurde, die Abteilung zu betreten. 13 der Befragten fanden dabei seltsam, dass nach dem Erönen der Glocke sehr lange niemand kam und sie warten mussten. Anschliessend hätten sie sich nochmals einige Zeit im Warteraum beschäftigen müssen, bis eine Pflegefachperson sie geholt hätte. Laut 10 Kindern dauerte die Wartezeit jeweils 40 bis 50 Minuten, während dem sie einfach nur sitzen und warten konnten.</p> <p>Beschäftigungsangebote gab es keine. Darum hatten sie Mühe, sich entspannen zu können und waren angespannt und gestresst. 18 Kinder stellten sich in dieser Zeit vor, wie lange die ihnen bekannte Person schon dort liege.</p> <p><i>Es war komisch</i> Das Aussehen der Angehörigen empfanden die Kinder als komisch und verändert, es war nicht mehr wie vorher. Einige Befragte verspürten auch Angst und Ekel. Ausserdem nahmen die Kinder wahr, dass die kranke Person verwirrt war und seltsam roch. Diese Eindrücke liessen die Kinder realisieren, wie schwer krank ihr Angehöriger überhaupt war, obwohl sie sich sein Aussehen schlimmer vorgestellt hatten. Nicht nur der Angehörige, sondern auch die ganzen technischen Maschinen kamen der Mehrheit der Kinder fremd und komisch vor. Andere waren neugierig und fanden sie interessant. Sie fragten sich, was passieren würde, wenn es einmal zu einem Stromausfall käme. Weiter fürchteten sie sich, dass der Monitor des Elektrokardiogramms eine gerade Linie zeigen könnte. Denn dies hätten sie im Fernseher gesehen und dort sei der Patient gestorben. Für knapp die Hälfte der Minderjährigen, die eine junge Person auf der IPS kannten, fühlte es sich seltsam und nicht gleich an, wie wenn ihre Grossmutter hier liegen würde. Der Begriff</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nur ein Interview pro Kind Die jüngsten Teilnehmer (4-5-jährig) waren schwierig zu interviewen, da sie oft nur wenige Worte benutzten, um zu antworten. Die Kapazität eines Kindes eine Situation zu verstehen, kann grösser sein, als die Fähigkeit ihr Verständnis deutlich auszudrücken. Da die Interviews erst nach 3 Monaten durchgeführt wurden, besteht das Risiko, dass sie nicht mehr alle erlebten Details nennen konnten. Die Autoren hatten jedoch das Gefühl, die Kinder könnten sich noch ans Gesehene erinnern, weil der Besuch ein lebensveränderndes und emotionsreiches Ereignis darstellte. Es war unangepasst und ethisch nicht vertretbar, die Eltern, deren Familie in einer schwierigen Situation war, zu fragen, ob ihr Kind direkt nach dem ersten Besuch befragt werden könne. Es hätte bedacht werden sollen, dass die Wahrnehmungen des Nutzens und des Risikos von erwachsenen Laien und Fachleuten der IPS in Anbetracht des Einbezugs und des Besuches der Kinder kulturbedingt variieren kann. Die Erfahrung der Kinder, das Setting wie auch die Interpretation und das Verständnis der Autoren können unterschiedlich sein, was die angebrachten Bedeutungen über die Antworten der Kinder „verfälschen“ kann. <p>Während der Wartezeit sollten für die Kinder Spielzeuge, Spiele und andere Stimuli vorhanden sein, um Erfahrungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Stichprobe klein, aber präzise Forschungsmethode ist angebracht, da die Autorinnen die Erfahrungen der Kinder aus deren Blickwinkel zu verstehen anstreben Die Kinder wurden von ihren Eltern, welche von den Autorinnen kontaktiert wurden, gefragt, ob sie Lust hätten einige Fragen zum Thema Besuch auf der IPS zu beantworten Die Ergebnisse sind in der Praxis relevant Der analytische Prozess wurde anhand eines validen Instrumentes durchgeführt. <p>Punktezah 11</p> <p>Evidenzlevel: 4</p>

			<p>„komisch“ wurde als „nicht normal bzw. nicht gewohnt“ oder als etwas „anderes“ interpretiert. Was komisch ist, geht mit einem Gefühl von Hilflosigkeit einher, wobei die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder nicht verwirklicht werden können bzw. nicht realisiert werden.</p> <p><i>Es war weiss</i> Über die Hälfte der befragten Kinder nahm im Patientenzimmer alles als weiss wahr. Vor allem, dass das Bett komplett weiss war, blieb der Mehrheit in Erinnerung. Die Farbe Weiss wurde von den Kindern als etwas Düsteres interpretiert. Demnach empfanden sie auch die ganze Umgebung als düster, nicht heimelig, unpersönlich, langweilig oder hässlich. Das weisse wurde also grösstenteils in Zusammenhang mit Dunkelheit, Abneigung, unpersönlichem Ort sowie Mangel an Lebensfreude gebracht. Letzteres könnte als Todesangst jemanden zu verlieren interpretiert werden. Es kommen Sorgen auf, dass das Leben nicht mehr so lange ist, wie es bereits war. Es wird eine Bewegung in Richtung eines unpersönlichen und endgültigen Wechsels vollzogen.</p> <p><i>Es war gut</i> Alle Kinder fanden gut, dass sie die Gelegenheit hatten, ihre angehörige Person zu treffen, um zu sehen, wie es ihr geht. Sie hatten das Bedürfnis, dem Patienten zu erzählen, was sie an diesem Tag gemacht hatten. Zudem wollten sie ihn berühren, wie sie es immer getan hatten, wenn sie ihn besuchten (auf die Wange küssen, Hände halten etc.). 17 der befragten Kinder empfanden den Besuch als eine Chance, der kranken Person ihr Mitgefühl zu zeigen. So hätten sie sich nicht ausgeschlossen gefühlt und waren glücklich und erleichtert. Der Ausdruck „es war gut“ meint, dass die Besorgnis und Ungewissheit über den Angehörigen in ein Gefühl von Entlastung und Freude umgewandelt wurden. Das Präsenzgefühl hat zwei Bedeutungen: Den Wunsch zu zeigen, dass der Patient geliebt wird und das Bedürfnis durch den Besuch Bestätigung zu erlangen.</p>	<p>nachzustellen, Stress abzubauen sowie Anspannungen und Langeweile zu mindern. Denn die Kinder verbanden das Warten mit einem Warten auf etwas positives, mit einer Hoffnung, dass die angehörige Person gerettet wurde bzw. überlebte. Im Zimmer fürchteten sich einige Kinder vor den Wunden und Schläuchen der Angehörigen. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass die Pflegefachpersonen das Kind vor dem Besuch auf den kommenden Anblick vorbereiten müssten. Dem Kind vorher, während und nach dem Besuch zuzuhören und es zu ermutigen Fragen über die technischen Geräte zu stellen, könnte die Angst vor der Erfahrung lindern. Indem sich das Kind für die Situation interessiert und in diese miteinbezogen wird, können Missverständnisse und unrealistische Fantasien vermieden werden. Die erlangten Erkenntnisse aus dieser Studie können Eltern helfen, ihre Kinder auf einen Besuch auf der IPS vorzubereiten, da sie nun wissen, was die Kleinen erleben könnten. Die Pflegenden könnten zudem die Kinder zu den vorherigen Besuchen befragen, Wartezeiten vermeiden, die Räume weniger weiss erscheinen lassen wie auch Erklärungen zur Annäherung des Patienten und zu den Geräten abgeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ethikkomitee der Universität Göteborg bewilligte die Studie. • Helsinki Deklaration: Erstens mussten die Eltern vorgängig gefragt werden, ob ihr Kind teilnehmen durfte. Erst dann wurde das Kind selbst in Anwesenheit mindestens eines Elternteils befragt. Wichtig war es, behutsam vorzugehen und dem Kind zu erlauben, zu sagen, was es wollte. Eine zentrale Rolle spielte auch die Vorbereitung des Forschers, den Eltern und dem Kind den Kontakt mit einem Psychologen zu ermöglichen. 	
--	--	--	--	---	--

6. Clarke, CM. (2000). Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 330-8.

Fragestellung/ Ziel	Design/ Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/Schlussfolgerungen/ Ethik	Stärken/Schwächen/ Punktezah der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
<ul style="list-style-type: none"> • Erkundung der Wahrnehmungen des geschulten Pflegepersonals in Zusammenhang mit dem Besuch von Kindern auf der Erwachsenen-IPS • Beschreibung ihrer Erfahrungen bzgl. den Kinderbesuchen in diesem Setting • Erkundung der Vermutungen und Regeln, die dem Verhalten der geschulten Pflegenden bei solchen Besuchen unterlagen 	<p><u>Design:</u> Phänomenologie</p> <p><u>Setting:</u> Eine Erwachsenen-IPS in einem Spital mit öffentlichen Besuchszeiten</p> <p><u>Stichprobe:</u> 12 Pflegefachpersonen</p>	<p>Mit allen 12 Pflegenden der Erwachsenen-IPS wurde ein 45-minütiges Interview durchgeführt, das vollständig aufgenommen wurde. Die Reihenfolge der Fragen variierte von Teilnehmer zu Teilnehmer und hing von der jeweiligen Entwicklung der Befragung sowie von den Antworten der Pflegenden ab. Das Interview wurde innerhalb von 48 Stunden vom Forscher transkribiert, um richtige Interpretationen wie auch die frühe und genaue Analyse zu begünstigen. Die Datenanalyse wurde anhand einer Methode der thematischen Inhaltsanalyse durchgeführt, welche an die Grounded Theory angepasst war. Dabei wurden vier Titel mit Untertiteln gebildet. Anschliessend wurden die transkribierten Interviews und die Originalaufnahmen miteinander verglichen, um möglichst nahe an die Bedeutungen der Antworten heranzukommen.</p> <p>Es wurden mehrere Vorgehensweisen eingesetzt, um die Wahrheit und die Genauigkeit der Ergebnisse sicher zu stellen. Obwohl der Autor mit einigen Vermutungen und Erfahrungen an die Forschung ging, halfen ihm, das Unvoreingenommensein, die Empfindsamkeit sowie ein kontinuierlicher Reflexions- und Analyseprozess, die Zuverlässigkeit der Studie zu gewährleisten. Zudem wurde ein Kollege beauftragt, ein Kategoriensystem für die transkribierten Texte zu identifizieren. Weiter wurden drei der Befragten gebeten, die Interviews durchzulesen, um die Schwerpunkte herauszukristallisieren. Nach wenigen Anpassungen wurde den Kategorien zugestimmt.</p>	<p><i>Ein Auge zu drücken</i> Ein bedeutendes Thema, das durch die Daten hinweg auftauchte, war die Unbeständigkeit zwischen den offiziellen und den unoffiziellen Besucherrichtlinien. Die Pflegenden schienen die Regelungen der jeweiligen Situation anzupassen.</p> <p><i>Ein gutes Verhältnis aufbauen</i> Ob ein Kind die kranke Person besuchte oder nicht, hing von den Fähigkeiten der Pflegenden ab, mit den erwachsenen Familienmitgliedern wie auch mit dem Kind eine Beziehung aufzubauen. Diese schien zusammen mit einer Partnerschaft zu den Eltern die Situation leichter und weniger stressig zu gestalten.</p> <p><i>Schutz und Abschirmung</i> Der Wunsch der Angehörigen, das Kind vor dem Anblick und den Geräuschen des Settings zu schützen, war eine wichtige Thematik während den Befragungen. Laut den Pflegenden war dies der Hauptgrund, warum Kinder nur selten Patienten auf der IPS besuchten. Dass oft den Eltern die Wahl überlassen wurde, verhinderte eine Informationsgabe und eine Ermutigung zum Besuch.</p> <p>Die Pflegenden schränkten die Kinder zwar nicht ein, den Patienten zu besuchen, jedoch rieten sie den Angehörigen häufig ab, Kinder mitzubringen, um die kranke Person vor Lärm, Müdigkeit und Infektionen zu schützen. Ein weiterer Grund lag darin, dass sich die Teilnehmer selbst vor einem emotionalen Trauma bewahren wollten. Ausserdem erlaubte dies ihnen, die hochtechnischen Aspekte der Pflege in einem angenehmen Zeitrahmen durchzuführen.</p> <p><i>Coping und Zusammenarbeit</i> Die letzte Kategorie beinhaltete die persönlichen Erfahrungen der Teilnehmenden sowie deren Fähigkeit, mit den Emotionen der besuchenden Kinder umzugehen. Dabei spielten die Fähigkeiten der Kinder wie auch der Erwachsenen eine beeinflussende Rolle. Obwohl die Freude der Kinder oft beschrieben wurde, überwog in manchen Fällen das Anspruchsvolle und Traurige. Eine Situation, in der sich vier Kinder von der Mutter und ein Mann von seiner Frau verabschieden mussten, empfanden nicht nur die</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ein gutes Verhältnis ermöglicht eine Diskussion wie auch adäquate Unterstützung. • Die Pflegefachperson muss die individuellen Bedürfnisse der Kinder erkennen können, um dem Kind bzw. den Eltern die angepasste Unterstützung zu bieten • Indem die Eltern das Kind schützen und abschirmen wollen, isolieren sie es und schliessen es aus. • Dass Kinder zu jung sind, um die Situation zu verstehen, ist ein Mythos. • Der Besuch ist eine positive Intervention, den Kindern zu helfen mit ihrem Stress umzugehen. • Es ist wichtig, dass die Information einheitlich, korrekt sowie sachkundig ist und nicht auf Missverständnissen oder persönlichem Urteil basieren. <p>Bevor versucht wird, Besucherreglemente und Praxisanwendungen zu ändern, wäre es notwendig, die Vorstellungen und das bisherige Verhalten des Pflegeteams bezüglich dem familienzentrierten Konzept wie auch den Kinderbesuchen auf der IPS zu erkunden und anzuzweifeln. Dafür muss den Pflegenden genügend Zeit gegeben werden, um über ihre gegenwärtige Tätigkeit zu reflektieren, wobei die Diskussion und Verbreitung von Forschungsergebnissen einbezogen werden sollen. Bildungs- und Übungsangebote zur Kommunikation mit Kindern über Gesundheit und Krankheit, welche auf Wachstums- und Entwicklungstheorien basieren, wären dabei prioritär. Wichtig ist es auch, jedes Kind individuell wie auch als Familienmitglied zu berücksichtigen, um ihm systematisch</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobe klein, da Phänomenologie • Forschungsmethode ist angebracht, da die Autorinnen versuchen wollen die Erfahrungen der Pflegenden aus ihren Blickwinkel zu verstehen → Perspektivenwechsel • Ergebnisse sind in der Praxis relevant • Teilnehmer wurden passend zur Forschungsfrage ausgewählt • Keine Kritik an die eigene Arbeit ersichtlich <p><u>Punktezah:</u> 10</p> <p><u>Evidenzlevel:</u> 4</p>

			<p>Familienmitglieder, sondern auch die Pflegenden als furchtbar und bedauerlich. Im Spital sind zwar Hilfeleistungen vorhanden, aber die Teilnehmenden bevorzugten ein Gespräch mit einem Arbeitskollegen oder die Arbeit einfach weiterzuführen. Die immer wiederkehrende Konfrontation mit lebensbedrohlichen Erkrankungen könnte den Pflegenden geholfen haben, eine emotionale Belastbarkeit zu entwickeln oder ihren eigenen Unterstützungsbedarf zu ignorieren.</p> <p>Die Teilnehmer versuchten den Kindern so gut als möglich Informationen und emotionale Unterstützung anzubieten, wobei sie die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen der Gesundheitsbranche, welche Erfahrung im Umgang mit Kindern hatten, verweigerten.</p>	<p>Unterstützung anzubieten. Eine gemeinschaftliche Herangehensweise im Team ist erforderlich, um den vernachlässigten Bedürfnissen der Kinder zu begegnen. Die Kontaktaufnahme mit den Kollegen der Pädiatrie ist von Nutzen, wenn ein festgesetztes Protokoll entwickelt und produziert werden soll. Ausserdem sollten Bücher über die Trauer bei Kindern auf der Abteilung vorhanden sein, die den Eltern angeboten werden können.</p> <p>Die Teilnehmenden wurden über den Zweck der Studie informiert. Ihnen wurde auch mitgeteilt, dass die Interviews transkribiert und als Forschungsbericht publiziert werden können. Die Autoren betonten, die Pflegenden so gut als möglich vom Einbruch in die Privatsphäre zu schützen, um das Wohlbefinden, die Vertraulichkeit und die Anonymität zu gewährleisten. Ausserdem konnten die Teilnehmer jegliche Antwort verweigern und zu jeder Zeit die Befragung abbrechen.</p> <p>Am Schluss jeden Interviews war Zeit für ein Debriefing eingeplant. Hier wurden die Pflegenden auf die verschiedenen Unterstützungssysteme innerhalb des Krankenhauses aufmerksam gemacht. Ein kurzer Follow-up-Besuch wurde durchgeführt, um das Wohlergehen der Teilnehmenden sicherzustellen.</p>	
--	--	--	--	--	--

7. Knutsson, S.E. & Bergbom, I.L. (2007a). Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 362-71.

Fragestellung/ Ziel	Design/ Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/Schlussfolgerungen/ Ethik	Stärken/Schwächen/ Punktezahl der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
<ul style="list-style-type: none"> Der Zweck dieser Studie war, die Erfahrungen des gesunden Elternteils bezüglich des Besuchs ihres Kindes auf einer Erwachsenen-IPS und ihre Gedanken über den Besuch in Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden des Kindes zu beschreiben. Es sollten auch einige demographische Daten sowie Details zur Übernahme der Einführung des besuchten Kindes dargestellt werden. 	<p><u>Design:</u> Deskriptive Studie</p> <p><u>Setting:</u> Fünf allgemeine IPS in Südschweden, davon ein Universitätsspital, zwei Bezirks- und zwei Distriktspitäler</p> <p><u>Stichprobe:</u> 30 Betreuer/Elternteile verschiedenen Alters, Geschlechts, mit unterschiedlichem Beruf und einer differenzierten Anzahl älterer oder jüngerer Kinder</p>	<p>Die Einladungen wurden an die IPS-Pflegedienstleitungen von fünf Spitälern in Südschweden adressiert, welche entschieden und gegebenenfalls die Teilnahme an der Studie unterschrieben. Sie informierten anschliessend die Pflegenden und ermutigten sie, Betreuer einzuladen, deren Kinder einen nahen Angehörigen besucht hatten. Waren sie bereit teilzunehmen, wurden ihr Name und ihre Telefonnummer dem ersten Autor weitergeleitet, welcher dann mit ihnen Kontakt aufnahm und sie über die Studie informierte. Stimmt sie immer noch zu, schickte man ihnen einen selbst zusammengestellten Fragebogen. Letzterer war selber kreiert worden, da kein validiertes, standardisiertes Instrument bzw. kein adäquater Fragebogen gefunden wurde. Er ist zwar kein Instrument, das ein Phänomen und dessen Charakteristiken misst, basierte aber auf Resultaten und Diskussionen von bisherigen Studien wie auch auf eigenen Erfahrungen, weshalb die Validität gesichert war. Um die Reliabilität zu testen, wurde eine Pilotgruppe, welche aus 6 Elternteilen und deren Kindern bestand, gebildet. Diese nahm auch an der Originalstudie teil. Der Reliabilitätskoeffizient lag bei 0.9, was laut Polit et al. sehr hoch sein soll. Während einem Jahr und zwei Monaten wurden 30 Elternteile bzw. Betreuer befragt. Sie füllten den Fragebogen retrospektiv zwei bis vier Wochen nach dem Besuch der Kinder aus. Zur Datenanalyse von sozialen Wissenschaften wurden Statistikpakete gebraucht. Die deskriptiven statistischen Daten wurden verwendet, um die Resultate der Antworten zu jeder Frage zu illustrieren. Gleiche Antworten oder solche mit derselben Bedeutung wurden zusammengefasst.</p>	<p>Wichtige demographische Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> 26 weibliche und 4 männliche Teilnehmer Durchschnittsalter: 37.8 Jahre Über die Hälfte verheiratet, 30% in Partnerschaft und 10% alleinerziehend Fast die Hälfte machte eine allgemeine Ausbildung/Lehre, ein Drittel war im Spital angestellt und 20% hatten einen akademischen Abschluss. Durchschnittsalter der 54 zwischen 4 Monaten und 17 Jahren alten Kindern: 7.93 Jahre 60% der Kinder besuchten die Grossmutter bzw. Grossvater, 30% die Mutter oder den Vater und 10% ein Geschwister. <p>Fast ein Drittel blieb zwischen 11 und 20 Minuten beim schwerkranken Angehörigen.</p> <p><i>Erfahrungen der Elternteile über den Besuch der Kinder</i> Die Reaktionen der Kinder als sie ins Zimmer eintraten und alle technischen Geräte sahen, waren ganz unterschiedlich. Von Zufriedenheit bis Angst oder keine besondere Reaktion gab es alles. Die Mehrheit der Befragten beurteilte den Besuch als eine gute und positive Erfahrung. Der Besuch sei ein natürlicher Teil des Lebens. Es kam auch vor, dass Kinder sehr schüchtern waren oder sogar weinten. Ein Kind äusserte, dass es Angst hätte als nächstes in diesem Bett zu liegen. Häufig sei das Kind erst ängstlich gewesen, sei aber immer neugieriger geworden und habe Fragen über den Patienten, die Umgebung und die Situation gestellt. Einige Teilnehmer meinten, die Kinder würden realisieren, dass die Situation der angehörigen Person ernst war, während andere behaupteten, das Kind sei zu jung (<2 Jahren), um dies zu verstehen. Die Befragten meinten, dass wenn ihre Kleinen den Besuch machten, auch ihre Fragen beantwortet und sie die Pflegenden und ihre Arbeit schätzen würden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dies ist eine der ersten Studien, die bezweckt, ein Wissen aufzubauen, das der Entwicklung von Empfehlungen für die Praxis dient. Die Tatsache, dass die Befragung erst zwei bis vier Wochen nach dem Besuch stattfand, könnte die Antworten beeinflusst haben, da sie vielleicht nicht mehr alle Details präsent hatten, wobei die sorgenvolle und traurige Situation den Befragten erlaubte, die Reaktionen und das Verhalten der Kinder bewusst zu machen. Durch die Zeitspanne zwischen dem Besuch und der Befragung konnten die Teilnehmenden genügend über das Ereignis reflektieren und mit den Kindern darüber sprechen. In zukünftigen Studien ist es wichtig, prospektiv die Reaktionen der Kinder während dem Besuch zu beobachten. Es könnte als eine Limite angesehen werden, dass die Elternteile, welche ihre Kinder nicht zum Besuch zulassen, aus der Studie ausgeschlossen waren. Der Einbezug der verschiedenen Spitäler schien wichtig, da der Besucherfluss, die Dauer und die Erfahrungen mit besuchenden Kindern sich unterscheiden müssen. In vorherigen Studien und auf Internetseiten der Spitäler steht, dass Kinderbesuche auf der IPS nicht erlaubt seien. Im vorliegenden Forschungsartikel sind jedoch die Kinder sehr jung. Dies ist vielleicht eine 	<ul style="list-style-type: none"> Stichprobe ist eher klein Ergebnisse in Praxis umsetzbar Begründung vorhanden, warum diese Methode gewählt wurde Die Validität des Fragebogens war gesichert, da er auf den Resultaten und Diskussionen von vorherigen Studien und eigenen Erfahrungen der Autoren beruht. Die Reliabilität schloss anhand von Tests und Wiederholungstests mit einem Koeffizienten von 0.9 ab, was laut Polit et al. (2001) hoch sein soll Zur Datenanalyse wurden adäquate Instrumente verwendet. Es wurden demographische Daten erhoben, die für die Studie relevant sind Gute Darstellung der Ergebnisse

			<p><i>Erfahrungen der Elternteile über die Interessen und die Beschäftigung der Kinder während des Besuches</i></p> <p>5 der 30 Befragten schrieben, dass ihre Kinder am meisten am Patienten interessiert waren. Genau die Hälfte zeigte am Patienten wie an den Geräten der IPS Interesse. Zwei beschäftigten sich vorwiegend mit Spielen, während 8 am Patientenbett redeten, Lieder sangen, Geschichten erzählten oder den Angehörigen liebkosten bzw. ihm die Hand hielten. Die Kinder unter 10 Jahren waren neugieriger auf die Geräte, während sich die älteren mehr mit der kranken Person abgaben. 60% antwortete, dass die Kinder fragten, ob der Angehörige überleben werde, wann er sprechen könne, wie die Geräte funktionierten und für was diese waren, was dies für Geräusche oder Gerüche seien, warum die Pflegenden dies taten, was sie taten und ob der Patient hören könne oder Schmerzen habe.</p> <p><i>Erfahrungen der Elternteile über Informationen und die Betreuung der Kinder</i></p> <p>Alle ausser einem Elternteil sprachen während und nach dem Besuch mit ihren Kindern und gaben ihnen Informationen. Dieser eine fand es nicht für nötig, da die Informationsgabe der Pflegenden gut, genügend und zufrieden stellend war. Nur gerade 21% antworteten, ihre Kinder seien vor, ganze 64% während und 7% nach dem Besuch informiert worden. Jedoch hätte nur knapp die Hälfte danach ein Gespräch mit Pflegenden oder mit anderem Fachpersonal gewünscht.</p> <p><i>Die Gedanken der Elternteile über den Besuch in Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden des Kindes</i></p> <p>77% der Teilnehmer waren der Meinung, dass der Besuch kein Risiko für die künftige Gesundheit und das Wohlbefinden darstellte, während 17% ein Risiko sahen, da sich das Kind fürchten könnte, wenn ihm vor, während und nach dem Besuch keine Erklärungen, Informationen und keine Unterstützung gegeben werden. 20 Elternteile meinten, dass wenn Kindern der Besuch nicht erlaubt würde, dies ein Risiko für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden darstellte, weil so Fragen unbeantwortet blieben und sie Schuld, Angst oder Wut empfinden und sich auf die Seite gedrückt, nicht in die Familie eingeschlossen, vergessen, als weniger wichtig und mit Gedanken und Spekulationen allein gelassen fühlen würden. Wichtig sei jedoch auch, das Kind selber entscheiden zu lassen, ob es für einen Besuch bereit sei.</p>	<p>Veränderung der Haltung der Spitalangestellten und zeigt die Offenheit der Eltern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung für das Kind hat immer der gesunde Elternteil. • Das Kind und seine Mutter bzw. sein Vater entscheiden über die Veranlassung des Besuchs. • Pflegende haben die Pflicht, familienzentrierte Pflege zu betreiben und Informationen über die Möglichkeit des Kinderbesuches abzugeben. Sie müssen auf verschiedenste Situationen vorbereitet sein, damit sie unterstützend wirken können. • Es besteht ein möglicher Mangel an -partnerschaftlicher Zusammenarbeit. • Dass Kinder seitens der Pflege nicht informiert werden, gehört nicht in die heutigen Bemühungen hinein. Erklärungen könnten Zeitmangel, die Tatsache, dass einige Patienten das Zimmer teilen müssen, und ein Interessenmangel oder zu wenig Wissen bezüglich der Wichtigkeit der Situation sein. <p>Pflegende müssen mehr Initiative ergreifen. Es wäre hilfreich, wenn Notizen über die besuchenden bzw. nicht besuchenden Kinder in der Akte des jeweiligen Patienten festgehalten würden. Zudem besteht ein Bedarf zu dieser Problematik Prästrategien, Strategien und Follow-up-Strategien zu entwickeln. Dazu braucht es mehr Wissen über die Erfahrungen der Kinder und ihren Eltern. Weiter sollten die Pflegenden besprechen, wie sie die Besucher empfangen, informieren, unterstützen und begleiten wollen. Die familienzentrierte Pflege nimmt dabei eine wichtige Rolle ein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prinzipien der Helsinkideklaration • Ethikkommission der Universität Göteborg 	<p>(Grafiken, Tabellen etc.)</p> <p><u>Punktezahl:</u> 11</p> <p><u>Evidenzlevel:</u> 4</p>
--	--	--	---	--	---

8. Gnass, I. (2006). Kinder als Besucher in Erwachsenenintensivstationen – Literaturstudie: Gezielte Interventionen unterstützen Bewältigungsarbeit. *Pflegezeitschrift*, 59(7), 405-9.

Fragestellung/Ziel	Design/Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/Schlussfolgerungen/ Ethik/Evidenzlevel	Stärken/Schwächen/ Punktezah der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
<ul style="list-style-type: none"> Was bedeutet es für Kinder, Bezugspersonen, Pflegenden und Patienten, wenn Kinder zu Besuch in eine Erwachsenen-IPS kommen? Welche Erkenntnisse über die kindliche Entwicklung werden von den Autoren angeführt? Welche Rollen werden für die Bezugspersonen beschrieben? Welche Pflegeinterventionen werden für die Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung eines Besuches von Kindern in einer Erwachsenen-IPS beschrieben? 	<p><u>Design:</u> Literaturübersicht</p> <p><u>Setting:</u> Erwachsenen-IPS</p> <p><u>Stichprobe:</u> Die Autorin hat 16 Publikationen in ihre Literaturreview miteinbezogen.</p>	<p>Die Literatursuche wurde anhand der internationalen Datenbanken Cinahl und Medline, der deutschsprachigen Datenbank CareLit wie auch der Internetsuchmaschine Google durchgeführt. Die Autorin berücksichtigte nur Studien, welche Kinder zwischen 0 und 18 Jahren einbezogen, die einen kritisch kranken Angehörigen auf der IPS hatten. Zur kritischen Analyse wurden die Auswertungs- und Bewertungskriterien von Polit et al. und Aldridge verwendet.</p>	<p><i>Kindliche Entwicklung</i> Die Reaktionen der Kinder in einer Krisensituation werden durch mehrere Faktoren beeinflusst. Die Entwicklungsstufe des Kindes, seine Beziehung zum Patienten, seine Wahrnehmung und sein Verständnis von Krankheit und Verletzungen, die Zahl und Art anderer gegenwärtiger Stresserfahrungen sowie die verfügbare situationsbezogene Unterstützung für das Kind.</p> <p>Die meisten Autoren, welche eine Entwicklungstheorie als Grundlage benutzt hatten, beschrieben die die entwicklungspsychologische Theorie von Piaget. Von der kindlichen Entwicklung hängen ihre Ängste und Reaktionen ab, diese Krisensituation zu verstehen. Die möglichen Verhaltensänderungen der Kinder können nur in Zusammenarbeit mit der Bezugsperson eingeschätzt werden, da die Pflegenden das Kind nur im Zeitraum des Besuches erleben und dieses vielleicht ganz anders reagiert oder Verhaltensweisen zeigt, die nichts mit der kritischen Erkrankung des Patienten zu tun haben.</p> <p><i>Rolle der Bezugsperson</i> Die Wahrnehmung der Krisensituation wird von den Bezugspersonen unter anderem als traumatisch, entmutigend und beängstigend beschrieben. Sie streben ein Gleichgewicht in ihren verschiedenen Rollen an und wollen gleichzeitig Freunde und Familie unterstützen. Die Veränderungen im Familiensystem werden von den Kindern fast unterschiedslos wahrgenommen. Sie empfinden aber einen Mangel an Kommunikation mit der Bezugsperson bzw. in der Familieneinheit. Oft fehlt ihnen eine Ansprechperson, mit der sie sich über die Ereignisse austauschen können, was für ihre Bewältigungsarbeit sehr wichtig wäre.</p> <p><i>Pflegeinterventionen</i> Die Unterstützung der Kinder erfolgt meistens durch die Bezugsperson. Darum haben die Pflegenden die Aufgabe, diese auf die Bedürfnisse der Kinder aufmerksam zu machen. Die Schulung und Beratung der Bezugspersonen dienen als indirekte Intervention für die Kinder und sind wichtige Instrumente, um einen begleiteten Besuch systemisch zu planen. Die Vorbereitung eines Besuches soll desto früher begonnen werden, je älter das Kind ist. Zudem sind Kinderkrankheiten ausfindig zu machen und die spitalinternen Hygieneregeln vermittelt werden, damit Infektionen vermieden werden können. Weiter ist es wichtig, dass die Bezugsperson und die Pflegenden sich über den aktuellen Wissensstand der Kinder und deren Verhalten austauschen. Kinder sollten jedoch immer in die Entscheidung miteinbezogen werden. Häufig werden dann Hilfsmittel zur Besuchsvorbereitung gebraucht, da sie gute Kommunikationsmittel für Kinder sind. Geeignet sind Bilder, Audio- oder Videoaufnahmen und Telefonate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Austausch zwischen den Pflegenden und den Bezugspersonen ist ein wichtiger Aspekt. Die Interventionen dienen in erster Linie dazu, einer weiteren Belastung vorzubeugen. Die Interventionen sind auch hilfreich für Kinder, die den Patienten nicht besuchen, damit sie die Krisensituation besser bewältigen können. Welche Strategien am effektivsten für die Besuchsvorbereitung der Kinder sind, ist in weiteren Forschungen herauszufinden. In wie weit die Interventionen zu Belastungsminderungen bzw. –steigerungen führen, muss ebenso weiter erkundet werden. Pflegende benötigen kommunikative Kompetenzen, die die Entwicklungsstufe des Kindes berücksichtigen und die dem Informationsbedarf der Bezugspersonen gerecht werden. Es besteht immer noch ein Schulungs- und Trainingsbedarf, was dieses Thema anbelangt. Wie Kinder als Besucher betreut werden sollen, ist nicht allein im Team zu klären, sondern soll im Kontext der im Krankenhaus gelebten Philosophie erfolgen, was einen interprofessionellen Austausch erfordert. 	<ul style="list-style-type: none"> Nicht alle verwendeten Publikationen waren Studien Präzise Fragestellungen Keine Angabe zur Anzahl der verwendeten Studien bzw. der kritischen Beurteilung → Glaubwürdigkeit der Studien wurde nicht eingeschätzt Es wurden keine Angaben zur Ethik gemacht Praxisrelevante Ergebnisse, die auch anderen Forschungsergebnissen ähnlich sind <p><u>Punktezah</u>: 8</p> <p><u>Evidenzlevel</u>: 2a</p>

		<p><i>Säuglinge</i> Bei Säuglingen sollten längere Trennungen vermieden werden, da sie stark vom Patienten oder der Bezugsperson abhängig sind. Zu beachten ist zudem, dass sich die Angst der Bezugsperson auf das Baby übertragen kann.</p> <p><i>Kleinkinder</i> Sie können die fortlaufenden Veränderungen bewusst wahrnehmen und reagieren mit Anhänglichkeit bis zu mehrmaligem Weglaufen. Bei dieser Gruppe von Kindern ist es zentral, dass Missverständnisse aus dem Weg geräumt werden, indem ihre Fragen mit einfachen und kurzen Wörtern geklärt werden. Es muss ihm ebenfalls erklärt werden, dass es keine Schuld trägt, auch wenn es keine derartigen Gefühle äussert. Routinen und Rituale, die die Kinder weiterführen können, helfen ihnen ihr Wohlbefinden und ihre Sicherheit zu verstärken.</p> <p><i>Vorschulkinder</i> Mit den Vorschulkindern ist vor dem Besuch über die medizinisch technischen Geräte zu sprechen. Sie sollten mit Modellen dieser Instrumente spielen können, weil das Gesagte als sehr abstrakt aufgenommen wird, wobei der Einsatz von Hilfsmitteln hilfreich sein kann.</p> <p><i>Schulkinder</i> Ihnen muss alles über die Geräte, den Zustand des Patienten und die Umgebung der IPS genaustens erklärt und erläutert werden. Es ist auf jegliche Frage einzugehen. Ausserdem soll das Kind ermutigt werden, seine Gefühle wie Trauer, Wut oder Angst auszudrücken und ein Gefühl von Dazugehörigkeit spüren.</p> <p><i>Jugendliche</i> Die Informationen, welche ihnen abgegeben werden, sollen mit Ehrlichkeit und Offenheit gefüllt sein. Denn die Jugendlichen interpretieren auch die nonverbale Kommunikation. Ihnen ist ein Gefühl von Respekt und Akzeptanz zu vermitteln und eine gewisse Verantwortung zu geben, die sie nicht überfordert, damit ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit gefördert wird. Auf diese Weise erwerben sie zudem neue Bewältigungsstrategien.</p> <p><i>Während des Besuches</i> In der bearbeiteten Literatur wird empfohlen, die Besuchsdauer am Verhalten des Kindes zu messen. Bestehen Unsicherheiten oder Anspannungen, können die Pflegenden mit einfachen Fragen den Kontakt zum Kind aufnehmen und gegebenenfalls aufrechterhalten. Das Kind auf Geräte aufmerksam zu machen, die vorher besprochen wurden, kann ihm die Situation erleichtern. Daneben sollte dem Kind erlaubt sein, ein Kuscheltier oder ähnliches mitzubringen.</p> <p><i>Nach dem Besuch</i> Kinder sollen nach dem Besuch von den Pflegenden gelobt und durch einfache Fragen angeregt werden, über das Erlebnis zu berichten. Die Bezugspersonen sind darauf zu sensibilisieren, zu Hause mit den Kindern über den Besuch zu reden, damit erstens Missverständnisse aufgehoben und zweitens mögliche Verhaltensänderungen entdeckt werden können.</p>	Zur Ethik wurden keine Angaben gemacht.	
--	--	---	---	--

9. Plowright, C. (1996). Revisiting visiting in intensive therapy units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(4), 231-8.

Fragestellung/ Ziel	Design/Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/Schlussfolgerungen/ Ethik	Stärken/Schwächen/ Punktezah der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
Das Ziel dieser Studie bestand darin, zu überprüfen, ob die Besuche auf den IPS in Südengland immer noch so limitiert waren wie vor zwei Jahren	<p><u>Design:</u> Quantitative Studie</p> <p><u>Setting:</u> Allgemeine Erwachsenen-IPS in Südengland</p> <p><u>Stichprobe:</u> 50 hochrangige Pflegende</p>	Die Autorin brauchte einen strukturierten Fragebogen, der eine Einführung zur Forscherin und zum Zweck dieser Studie beinhaltet. Mit 5 IPS wurde eine Pilotstudie durchgeführt, bei der herauskam, dass der Akzent der Autorin und die Schnelligkeit ihrer Aussprache ein Problem für manche Befragten darstellte. Darum versicherte sie sich zu Beginn der Originalstudie bei den Teilnehmern, dass sie verständlich sprach. Zudem fragte sie nun alle, ob sie noch etwas ergänzen möchten, was sie zuvor nicht getan hatte. Die Ergebnisse der Pilotstudie wurden auch in die Forschung eingeschlossen.	Von den 50 IPS, die telefonisch kontaktiert wurden, waren 45 einverstanden die Fragen zu beantworten. 3 waren zu beschäftigt, 2 verlangten den Fragebogen schriftlich und 2 meinten, sie bräuchten die Erlaubnis der Pflegedienstleitung. Darum wurden die 5 IPS der Pilotstudie auch miteinbezogen. Alle IPS hatten Besucherregelungen. 31 hatten nur mündliche Abmachungen, während bei 19 diese schriftlich festgelegt waren. 14 der schriftlichen Besucherregelungen waren in Form von Broschüren oder Merkblättern, welche die Besucher mitnehmen und lesen konnten. Bei den anderen 5 waren die Informationen an der Türe ausserhalb der IPS angeschlagen. Kinderbesuche sind in den meisten IPS immer noch sehr limitiert. In 60% der Fälle wurden die Kinder zum Besuch zugelassen, in 20% nicht und in 20% nur mit der Erlaubnis der tagesverantwortlichen Pflegenden. Die Gründe dafür waren ein mutmassliches psychologisches Trauma des Kindes, der Lärm, welcher von den Kleinen verursacht werde und das Infektionsrisiko seitens des Kindes und des Patienten sowie Alterseinschränkungen.	<p>Von den 41 IPS, welche behaupteten offene und unlimitierte Besucherregelungen zu haben, waren in Realität nur 9, die dies auch wirklich ausführten. Denn ausschliesslich in den 9 IPS waren Kinder jeden Alters zugelassen, mit denen und deren Eltern die Pflegenden vor dem Besuch diskutierten und ihnen bekannt gaben, was zu erwarten war.</p> <p>Johnson (1994) verglich die Limitierung von Kinderbesuchen auf der IPS mit den Veränderungen der erwachsenen Besucherhandhabung während den letzten 20 Jahren. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Tendenz, die Kinder zum Besuch zuzulassen sehr entwickelt, da der potentielle Nutzen auf Seiten des Kindes wie auch seitens des Patienten erkannt und offensichtlich wurde.</p> <p>Der Besuch kann sich für Kinder bewähren und gewinnbringend sein, indem er Ängste mindern, das Wissen erweitern und ihnen ermöglichen kann, an der Realität der momentanen Familiensituation teilzunehmen. Es wurde behauptet, dass wenn Kindern die Möglichkeit des Besuches nicht gegeben würde, ihre Vorstellungen, die sie sich einbilden könnten, viel schlimmer sein würden. Wichtig sei auch, das Kind vor dem Besuch einzuschätzen. Jedoch gibt es laut Johnson (1994) keine Gründe, warum Kinder ihre Angehörigen auf der IPS nicht besuchen dürfen. Es sollen den Eltern genügen Ratschläge gegeben werden, die es ihnen erlauben, eine Entscheidung zu treffen.</p> <p>In der vorliegenden Studie antworteten 11 Teilnehmer, bei denen auf der IPS Kinderbesuche zugelassen sind, dass die Entscheidung bei den Eltern liegen würde, da sie ihre Kinder besser kennen würden. Mehrere dieser IPS hatten Pflegenden, die das Kind zusammen mit ihren Eltern für den Besuch vorbereiteten, wobei sie angepasste Erklärungen abgaben über was erwartet werden musste im Hinblick auf die Blicke und Geräusche.</p> <p>Bei der Vergleichung der Daten war die Autorin auf sich allein gestellt, was eine Einschränkung gewesen sein könnte. Zudem hat sie nur IPS in Südengland miteinbezogen, während dem Biley et al. deren in ganz England befragt hatte. Da nur ein Teammitglied der Pflege pro IPS antworten konnte, entsprach deren Ansicht vielleicht nicht der Meinungen der restlichen Pflegenden. Viele Teilnehmer antworteten, dass die Besuche oft von der Tagesverantwortung oder der allgemeinen Arbeitsbelastung auf der Station abhing. Deshalb wäre dies ein Thema, das in weiteren Forschungen behandelt werden sollte.</p> <p>Die Autorin hatte einige Probleme bei der Anwendung der Telefonbefragung, da sie unsicher war, ob die Befragten ehrliche Antworten gaben oder einfach solche, die sie geben sollten. Weiter wusste sie nicht, was die Teilnehmenden gleichzeitig noch machten, so dass ihre Aufmerksamkeit vielleicht nicht ganz auf das Interview gerichtet war. Trotz dieser Nachteile war die Antwortenrate hoch. Die Autorin wagt zu bezweifeln, dass die bei einer schriftlichen Erhebung per Post so hoch gewesen wäre.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden wurden alle mündlich anhand des gleichen Dokumentes informiert, dass alle von ihnen gegebenen Antworten vertraut und anonym behandelt würden. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Stichprobe ist nicht extrem hoch, aber ausreichend Der Zweck der Studie ist klar Die Ergebnisse bzw. die Diskussion sind praxisnah und relevant Methode wurde adäquat begründet Telefonbefragung ist heikel, weil nonverbale Zeichen nicht gesehen werden und damit die Ehrlichkeit nicht eingeschätzt werden kann. Eigene Kritik ist angebracht <p><u>Punktezah:</u> 10</p> <p><u>Evidenzlevel:</u> 4</p>

10. Fairburn, K. (1994). Nurses' attitudes to visiting in coronary care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10(3), 224-33.

Fragestellung/ Ziel	Design/ Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Diskussion/ Schlussfolgerungen/ Ethik	Stärken/Schwächen/ Punktezah der kritischen Beurteilung/ Evidenzlevel
Verstehen bzw. wissen Pflegefachfrauen warum sie Besuche einschränken und bleiben ihre Gründe zulässig in Hinsicht auf die ausgeführte Forschung in diesem Bereich der Praxis?	<p><u>Design:</u> Deskriptive Studie</p> <p><u>Setting:</u> Zwei auf Kardiologie spezialisierte IPS in England</p> <p><u>Stichprobe:</u> 14 diplomierte Pflegefachpersonen</p>	<p>Mit den Teilnehmern wurde ein semistrukturiertes Interview durchgeführt. Es wurde diese Methode ausgewählt, weil der Fokus auf der Einstellung und Haltung des Pflegepersonals gesetzt war und dies den Befragten erlaubt, ihre Sicht und Meinung einfacher auszudrücken als wenn sie einen schriftlichen Fragebogen ausfüllen müssten. Die Autorin hatte zudem die Möglichkeit nachzufragen, wenn Antworten nicht ganz verständlich waren oder nicht begründet wurden.</p> <p>Es wurde eine Pilotstudie mit 6 diplomierten Pflegefachfrauen durchgeführt. Anschliessend wurden einige Fragen verbessert, damit die Validität und Reliabilität der Daten erhöht werden konnte. Weiter wurden Fragen durch andere ersetzt, um relevante Antworten und quantifizierte Informationen zu erhalten.</p> <p>Jedes Interview wurde in derselben Art und Weise durchgeführt, um äussere Variablen, die die Autorin beeinflussen könnten, zu vermeiden. Jedoch war es schwierig die Umgebung, d.h. die Temperatur, der Lärmpegel und die Unterbrüche zu kontrollieren, weshalb sich beiläufig Fehler eingeschlichen haben könnten. Die Autorin versuchte darum die Befragungen, die maximal 10 Minuten dauerten, während ruhigeren Perioden durchzuführen. Jede Pflegeperson wurde einzeln interviewt, damit ihre Antworten nicht von anderen beeinflusst werden konnte.</p> <p>Das Interview war in 5 Teile gegliedert: Pflege durch Angehörige, Besuchszeiten und Flexibilität, Ethik und Besuchsverweigerung, Kinderbesuche sowie Massnahmen während dem Besuch.</p> <p>Die gegebenen Informationen wurden durch das Ankreuzen von den zugehörigen Kästchen oder durch die schriftlichen Notizen der Kommentare festgehalten. Dabei wurden auch die Mimik und Gestik beobachtet.</p>	<p>Eine Pflegenden glaubte, dass Kindern nicht erlaubt werden sollte, jemanden auf der IPS zu besuchen, da für sie die Umgebung zu erschreckend wäre. 6 befragten den Kinderbesuch ohne Altersbeschränkungen, während 7 dafür stimmten, dem Patienten und seinen Angehörigen zu fragen, ob die Kinder besuchen sollten oder nicht. Es sollte den Kindern erklärt werden, was sie sehen werden, so dass das Risiko ein psychologisches Trauma zu erfahren ziemlich klein bleibt. 4 Pflegenden äusserten, dass Kleinkinder wegen des Infektionsrisikos den Besuch unterlassen sollten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der Besuchereinschränkungen, die immer noch existieren, müssen die Pflegenden eine gewisse Flexibilität und individuelle Betreuung aufbringen können, um dem Patienten wie auch seinen Angehörigen die Situation zu erleichtern. • Die Tatsache, dass viele Pflegenden es nicht mögen, wenn die Besucher morgens kommen, ist erstaunlich. Sie glauben, dass Personen, die nicht im Gesundheitswesen arbeiten, während den Arztvisiten ausgeschlossen werden sollen. Wie valide sind diese Praktiken, vor allem wenn Angehörige wichtige Informationen abgeben können und nach dem Spitalaufenthalt ihren Angehörigen pflegen? • Pflegenden sollten die Wünsche der Patienten immer berücksichtigen und deshalb flexibel im Umgang mit den Besucherregelungen sein. • Es ist überraschend, dass 4 Pflegenden sagen, dass Kinder nicht zum Besuch zugelassen werden sollen, aufgrund des Infektionsrisikos. Denn diese Behauptung basiert eher auf professioneller Erfahrung als auf evidenzbasierter Forschung. Pottle (1988) fand heraus, dass die Angehörigen glauben, dass Kinder den Patienten besuchen sollen dürfen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Fragestellung ist klar formuliert • Die Population ist klar definiert • Die Literaturüberprüfung zeigt das Problem auf • Das Design wird nachvollziehbar begründet • Informierte Zustimmung wurde eingeholt • Es wurde eine Pilotstudie durchgeführt, um die Validität und Reliabilität zu sichern • Bei allen Teilnehmern wurde derselbe Fragebogen gebraucht • Es wird nicht dargestellt, mit welchem Instrument die Daten analysiert wurden • Grafiken und der Fragebogen im Anhang ergänzen den Text <p><u>Punktezah:</u> 11</p> <p><u>Evidenzlevel:</u> 4</p>

Anhang M: Selbständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich die Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wortwörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Freiburg, 6. Juli 2009

Sabrina Kon